BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Imprimerie de HENNUYER et Ce, rue Lemercier, 24. Batignolles.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil Pratique

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT,

MÉDECIN DES DISPENSAIRES, ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,
RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME TRENTE-HUITIÈME.



PARIS.

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE SAINTE-ANNE, N° 25.

1850

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MEDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

COUP D'ŒIL SUR NOS TRAVAUX.

Quand on étudie d'un peu haut la marche de la science médicale depuis quelques années, on est frappé tout d'abord d'un fait, c'est que les discussions qu'elle soulève sont marquées d'un caractère de placidité qui contraste singulièrement avec l'ardeur de la polémique des années précédentes. Dire toutes les causes de cette tempérance dans la littérature médicale contemporaine serait beaucoup trop long; nous en dirons un mot cependant.

Nous ne parlerons point de l'influence des derniers événements politiques; les sciences en reçurent inévitablement le contre-coup, comme toutes les fonctions sociales par lesquelles se manifeste l'activité humaine. Quand l'homme se trouve tout à coup en face de théories sauvages, qui ne tendent évidemment qu'à la ruine totale de la société, que voulez-vous que fasse la science? Elle attend. Ce n'est là, toutefois, il faut l'espérer au moins, qu'une influence passagère; et les causes du fait qu'il s'agit d'expliquer lui sont antérieures.

La cause principale de cette modération insolite dans la polémique médicale est une foi plus explicite, plus sentie, mieux raisonnée à la méthode d'observation. Ce serait sans doute se montrer injuste envers le passé que d'attribuer aux savants modernes, je ne dis pas l'invention de cette méthode, mais même son application, comme instrument d'étude ou de vérification; cependant, cette justice une fois rendue à qui de droit, il faut reconnaître de suite et poser résolument que jamais, à aucune époque de la science, on a aussi bien compris qu'on le

fait aujourd'hui l'importance de cette méthode, et que jamais surtout elle n'a été d'un usage aussi universel. Maintenant, quand tous les esprits ont compris toute la valeur de l'observation et savent, en général, s'en servir, quelle chance les conceptions *à priori*, si elles ne se produisent appuyées sur les faits, ont-elles de passionner les esprits? Il est certes peu de théories, dans l'histoire de la science, à la défense desquelles on ait dépensé tant de zèle, tant de verve et d'esprit que le physiologisme : comptez combien de disciples ont survécu au maître : à peine en citeriez-vous quelques-uns dont l'influence et l'autorité vont tous les jours s'amoindrissant. L'anatomisme est venu ensuite, qui a recueilli l'héritage du Val-de-Grâce, et l'anatomisme, comme doctrine générale, n'a pas plus d'avenir qu'il n'a de passé. Le numérisme lui-même, qui, lors de son apparition dans le monde scientifique, séduisit tant d'esprits par son apparence de rigueur, et aussi un peu grâce au patronage de quelques médecins honnêtes, le numérisme est déjà devenu de l'histoire. Restent encore, comme vues générales aspirant à engendrer une science nouvelle, la chimie organique aidée ou non du microscope, et l'analyse microscopique elle-même, proclamant que les seules données qu'elle recueille suffisent à édifier la doctrine de la vie pathologique. Qu'est-il sorti de là? Rien évidemment, que quelques faits d'un ordre secondaire, et qui n'ont exercé aucune influence sur la pratique médicale proprement dite. C'est avec ces sortes de conceptions qu'autrefois on allumait le feu des controverses scientifiques. L'imagination faisait en grande partie les frais de la discussion. Les faits étaient bien invoqués, mais, incomplétement interrogés, le sens de leurs réponses était mal saisi, ou supposé, et l'on discutait avec d'autant plus de vivacité et d'ardeur qu'il était presque impossible qu'on s'entendît, et surtout qu'on arrivât à des conclusions nettement démontrées.

Il n'en est plus de même aujourd'hui. Tout le monde pratique la méthode d'observation. Toute idée théorique rencontre inévitablement cette surveillante importune sur la route, et se voit arrêtée immédiatement si elle n'est point en mesure de se justifier. Voilà la véritable cause de la placidité des discussions scientifiques actuelles; et l'on peut prédire que ces discussions conserveront toujours désormais ce caractère. Une fois que l'esprit humain est en possession d'une vérité, et d'une vérité d'une application aussi générale que l'observation, cette vérité dompte les esprits les plus rebelles, commande la science, la fait à son image.

Pour sortir de ces idées générales et aborder directement l'objet de cet article, il est évident que, dans un semblable état de la science, c'est

vers la thérapeutique surtout que doivent se diriger les esprits. Il est difficile de comprendre, sans doute, qu'en médecine on puisse jamais faire abstraction d'un élément aussi essentiel de la science. On est bien forcé de reconnaître cependant que, parmi les théoriciens purs des siècles derniers, il s'en trouvait un bon nombre qui avaient fort peu de souci pour la thérapeutique. L'idée était promulguée, et les malades guérissaient, s'ils pouvaient. Il n'en est plus de même aujourd'hui, et heureusement pour l'humanité; la thérapeutique est devenue l'objet capital de la science ; toute discussion risque de passer inaperçue si elle ne laisse point entrevoir, tout d'abord, l'influence que la solution qu'elle poursuit peut exercer sur la pratique scientifique.

Le *Bulletin de Thérapeutique* a toujours ainsi compris la science. Il est né du besoin vivement senti que la thérapeutique eût dans la presse médicale un organe spécial, et nous mettrons tout notre soin à lui conserver ce caractère d'utilité pratique, dont il fut marqué à son origine.

Toutefois, ce serait mal caractériser notre recueil, et en restreindre manifestement la portée, que de le renfermer dans le cercle exclusif de la thérapeutique proprement dite ; en médecine, comme en chirurgie, la thérapeutique ou la pratique médico-chirurgicale est son but principal, est la conclusion dernière qu'il poursuit ; mais la science des indications, mais le diagnostic ne manquent jamais de fixer d'une manière particulière notre attention. Au sens des systèmes que nous avons précédemment rappelés, la science des indications est une science de presque nulle valeur, ou au moins dont la valeur, exagérée par des doctrines, doit être singulièrement restreinte ; nous ne pensons pas ainsi. Les indications, en médecine comme en chirurgie, mais surtout en médecine, les indications qui naissent des climats, des saisons, des constitutions épidémiques, des âges, des antécédents héréditaires, du genre de vie, des affections morales, etc., constituent un élément essentiel dans l'étude de la vie pathologique, et, partant, dans l'appréciation des moyens propres à retablir l'harmonie des fonctions troublées. Il en est de même du diagnostic ; à moins qu'il ne s'agisse de maladie nouvelle, ou incomplétement observée, et dont le diagnostic demande à être correctement établi. Comme c'est à des lecteurs instruits que nous nous adressons, nous nous contentons de l'énonciation des phénomènes essentiels de la maladie, en ne perdant pas notre temps à un diagnostic de luxe, qui serait aussi déplacé qu'inutile. C'est ainsi que, quand M. Valleix a décrit le vomissement essentiel ou nerveux, ou bien quelques névralgies généralement méconnues, à cause de leur siége insolite, ce médecin s'est surtout attaché à bien faire saisir les phénomènes carac-

téristiques de la maladie, et à en poser d'une manière précise le diagnostic.

Il nous serait facile de justifier ce que nous venons de dire, en rappelant successivement les travaux aussi nombreux que variés qui sont entrés dans la composition des vingt-quatre livraisons dont se compose notre publication dans l'année qui vient de s'écouler; nous nous contenterons d'en présenter une esquisse rapide, sans nous astreindre à un ordre chronologique, qui n'aurait ici aucune espèce d'utilité.

Le choléra a été la grande question à l'ordre du jour pendant une grande partie de l'année 1849; avant même que cette redoutable maladie envahît la France, et dans la prévision de son invasion prochaine, nous avons mis nos lecteurs au courant des tentatives thérapeutiques nouvelles auxquelles s'étaient livrés divers médecins qui avaient déjà étudié la nouvelle irruption de la maladie sur un autre théâtre. C'est ainsi que nous avons signalé les résultats principaux auxquels l'observation avait conduit MM. Monneret, Villemin, Contour; à propos de la même question, nous avons publié un travail inédit de M. le professeur Denonvillers, sur l'épidémie de 1832. Lorsque l'épidémie a éclaté parmi nous, nous avons, avec un soin scrupuleux, fait connaître et la marche de la maladie, et les diverses méthodes de traitement par lesquelles on s'est efforcé de la combattre. Malheureusement, si quelques caractères nouveaux de ce fléau redoutable, tels que la présence de l'albumine dans les urines, ont été saisis, il est douteux que cette nouvelle expérience nous ait beaucoup appris sur la thérapeutique à opposer à cette violente intoxication de l'organisme vivant. Toutefois nous n'avons pas désespéré de la science, et nous nous sommes efforcés de faire sortir de ces tentatives multiples quelques enseignements utiles et applicables. Nous avons, tout d'abord, sur la foi d'une expérience incontestée, établi que dans un très-grand nombre de cas la maladie avait des prodromes, et qu'en attaquant vigoureusement ces prodromes on faisait avorter la maladie. La question de la contagion, qu'une foule de bons esprits inclinaient tout d'abord à résoudre d'une manière affirmative, nous n'avons point hésité à la résoudre négativement. Plusieurs de nos collaborateurs ont étudié la suette, soit isolément, soit dans ses rapports avec le choléra : ces études ont encore servi à réfuter quelques erreurs qui avaient cours dans la science, sur les rapports qui existent entre ces maladies; le travail de M. Taufflied, du Bas-Rhin, sur cette question a pu diriger utilement la pratique des médecins qui se sont trouvés en face de cette épidémie. M. Max. Simon a signalé une petite épidémie de choléra sporadique qu'il a eu occasion d'observer pendant que le choléra indien exerçait

encore ses ravages parmi nous; M. le professeur Fuster, après avoir loué cette notice comme l'œuvre d'un esprit sagace, a complété le tableau en faisant le parallèle du choléra indigène et du choléra voyageur; en un mot, tout ce que la science a pu saisir à travers les ténèbres dont s'enveloppe ce terrible fléau, nous l'avons reproduit dans nos colonnes, et soumis à nos lecteurs.

Tout importantes que fussent ces questions, nous n'avons pas laissé cependant que de suivre notre marche accoutumée; nous avons voulu que notre cadre fût rempli par des travaux aussi variés qu'importants. Nous avons déjà parlé du mémoire de M. Valleix sur le vomissement nerveux ou essentiel : c'est là, sans aucun doute, un travail que les lecteurs du *Bulletin* ont dû remarquer. Il est une foule d'ouvrages où cette maladie brille par son absence, et cependant l'on sait que quand elle se présente avec ses véritables caractères, c'est une affection fort sérieuse et qui met souvent en péril les sujets qui en sont atteints. M. le professeur Forget, dont la longue expérience et l'honnêteté scrupuleuse recommandent d'une manière particulière les travaux, nous a communiqué quelques faits qui tendent à démontrer l'utilité des inhalations anesthésiques dans quelques maladies nerveuses : M. Barrier, de Lyon, a étudié la même question. Tout n'est pas fini sur les anesthésiques dans le traitement des maladies internes : c'est là un sujet qui n'a été qu'effleuré, et qui mérite de fixer l'attention des observateurs. M. Sandras a bien voulu offrir à notre journal les prémices d'un ouvrage plein d'intérêt, qu'il se propose de publier sur les maladies du système nerveux : ce travail partiel a trait à la toux nerveuse, il fait vivement désirer la publication de l'ouvrage, dont il n'est qu'un fragment détaché. M. Duclos, de Tours, poursuivant les travaux sur la maladie des enfants, a tour à tour traité de la pneumonie chez les enfants, et de l'action du nitrate d'argent dans quelques maladies des muqueuses dans les mêmes conditions de la vie. M. Mialhe a traité la question du diabète ou de la glucoserie : bien que ce soit là un problème qui n'est peut-être pas encore complétement résolu, on ne peut nier que les recherches des modernes n'en aient au moins singulièrement avancé la solution; et l'on ne saurait, sans injustice, refuser de compter M. Mialhe parmi les patients investigateurs qui se sont occupés avec le plus de succès de cette singulière perturbation fonctionnelle. Nous ne devons pas omettre non plus le travail étendu de M. Dauvergne sur les maladies de la peau : ce praticien laborieux, suivant les traces de l'école allemande, de Lorry, de M. Gibert, etc., s'efforce de démontrer que la pathologie de la peau doit être rattachée à la vie générale de l'organisme, et que le praticien qui, ici comme ailleurs, se renferme dans le

point de vue exclusif de l'anatomisme, fait presque infailliblement fausse route, quand il vient à passer de la spéculation à l'application. Enfin, nous nous contenterons de signaler le travail de M. Hahn sur les bons effets des onctions stibiées à haute dose pratiquées sur le cuir chevelu dans le traitement de la méningite tuberculeuse ; la note de M. Mazade sur l'emploi du tartre stibié à haute dose dans la pleuro-pneumonie coïncidant avec une période avancée de la grossesse; le Mémoire de M. Dusourd sur l'usage de l'huile d'olive *intus* et *extra* dans les cas de morsure de vipère, et autres travaux que leur valeur pratique recommandait à l'attention de nos lecteurs.

Une grave question, qui, aujourd'hui, appelle une solution, est celle qui est relative à l'emploi des préparations arsenicales dans les fièvres intermittentes. Il nous a semblé qu'en présence des faits nombreux, authentiques, qui ont été produits pour démontrer l'efficacité de ce moyen lorsqu'il est employé avec la réserve que commande un agent toxique aussi énergique ; il nous a semblé, disons-nous, que nous devions formuler la conclusion pratique de l'entreprise hardie de M. Boudin, et nous l'avons fait. Nous avons de même résumé un travail considérable d'un médecin anglais estimé, M. Williams, sur l'emploi de l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie. Si les faits dont nous sommes témoins dans le service de M. Martin-Solon à l'Hôtel-Dieu se multiplient, nous ne nous serons pas mépris dans l'appréciation que nous avons faite de cette médication. Il est un autre traitement mis en usage dans le Hanôvre, sur lequel nous avons cru devoir appeler l'attention de nos lecteurs, c'est l'emploi des frictions graisseuses à haute dose dans la scarlatine. L'action topique si remarquable de l'axonge comme traitement local de l'érysipèle nous était garant des bons effets de la médication proposée par M. Schneemann ; mais le bienfait est-il complet, et ces frictions, en prévenant la desquammation, détruisent-elles l'élément contagieux de la maladie? c'est aux praticiens à vérifier la valeur des affirmations explicites du médecin allemand. Comme il ne se produit aucune assertion sérieuse dans la science que nous ne la soumettions à nos lecteurs, nous avons publié, sous forme épistolaire, une critique de l'ouvrage du docteur Bouchut sur les signes de la mort; l'auteur de cette lettre signale, avec un ton de convenance parfaite, des faits non observés par lui-même, mais très-authentiques, et qui tendent à renverser la proposition fondamentale du livre du lauréat de l'Institut; une fois ce doute émis, des faits ont été cités par MM. Ricord, Brachet, Michel d'Avignon, qui conduisent à la même conclusion. C'était là une question qu'il importait de résoudre, tout le monde en conçoit la gravité.

Enfin, il n'est pas jusqu'à ce que nos prédécesseurs comprenaient sous le nom de médecine politique, qui n'ait été l'objet de notre attention. M. Reveillé-Parise, dont la plume élégante sait rendre intéressants tous les sujets qu'elle touche, a bien voulu traiter, dans notre journal, la question de l'assistance médicale et publique dans les campagnes. Le bon sens de l'auteur l'a préservé de ces utopies irréalisables dans le développement desquelles l'écrivain pense bien plus à lui qu'à ceux qu'il étreint dans les bras d'une charité menteuse; il a montré qu'une des plus grandes misères des habitants de la campagne, c'est la privation de secours médicaux administrés à temps, et que la création d'hôpitaux cantonaux est l'institution la plus utile, la plus urgente, pour ces pauvres déshérités de la civilisation. Puisse cet appel être entendu! Ce n'est que par de tels bienfaits réalisés que la révolution pourra se faire absoudre au tribunal de l'histoire, pour toutes les ruines qu'elle a accumulées autour d'elle.

Voilà ce que nous avons fait pour la médecine, et nous n'avons rien dit, ni de notre Bibliographie, ni de notre Répertoire, qui, pour beaucoup, ne forment pas la partie la moins intéressante de notre journal, parce que nous voulons compléter ce tableau par l'esquisse rapide de nos travaux de thérapeutique chirurgicale.

(La fin au prochain numéro.)

DE LA DOCTRINE DES ÉLÉMENTS MORBIDES APPLIQUÉE A LA THÉRAPEUTIQUE.

Par M. Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg.

Nous voulons aujourd'hui faire part au lecteur des principes qui, depuis tantôt dix ans, dirigent notre enseignement et notre pratique à travers le chaos des idées médicales de notre époque. Nous allons dire ce que nous pensons et ce que nous faisons, en attendant qu'on vienne nous apprendre à penser autrement et à faire mieux.

Envisagés dans leur acception la plus large et la plus pratique, les éléments morbides, tels que nous les concevons, ne sont pas précisément ce que les ont faits les anciens, puis l'École de Montpellier. Pas n'est besoin de critiquer les quatre éléments de l'antiquité; quant à la moderne Cos, ainsi qu'elle s'intitule, elle n'admet, comme éléments, que des groupes symptomatiques ou quelques symptômes capitaux; tels sont les éléments inflammatoire, saburral, bilieux, putride, la douleur, le spasme, l'adynamie, l'ataxie, etc. Nous pensons, nous, devoir appeler l'attention des praticiens sur d'autres éléments encore, moins considérables que les précédents, peut-être, mais d'une valeur telle que, dans certains cas, ils impliquent une indication thérapeutique par-

ticulière : ainsi la chaleur, le froid, la dyspnée, la toux, la fréquence du pouls, son irrégularité, le vomissement, la constipation, le météorisme, la diarrhée, l'infiltration, la céphalalgie, le délire, etc., etc. Ce nouveau point de vue, ou plutôt cette extension, acquiert toute l'importance d'une doctrine, lorsqu'on songe qu'elle résume cet éclectisme que chacun se glorifie de professer aujourd'hui ; car, prenant en considération tout ce que l'observation et le raisonnement peuvent constater de phénomènes positifs, d'indications réelles, cette doctrine devient l'expression la plus exacte de l'état de la science et des besoins de la pratique au temps où nous vivons.

Cette large synthèse des procédés analytiques de notre époque est exposée dans mes *Lettres sur la thérapeutique* (Gazette des hôpitaux, 1844), et je l'ai formulée dans le *Programme du cours de philosophie médicale* que je professai en 1844–45. J'y disais : « En tenant compte du trouble des fonctions aussi bien que des lésions d'organes, nous posons les bases rudimentaires de cette doctrine des éléments, à l'aide de laquelle nous sommes parvenus à élucider tant de problèmes obscurs. Dans l'esprit de cette doctrine, la maladie n'est plus un être abstrait, mais bien un phénomène complexe, un ensemble variable et mobile d'éléments ou d'états organiques. Au point de vue de la pratique, cette doctrine tient compte, à titre d'éléments, de tout ce qui peut impliquer une indication thérapeutique. Mais, il est bien entendu que parmi ces éléments divers il en est de principaux, il en est d'accessoires, formant comme une phalange disciplinée où chaque individu, tout en faisant acte de puissance individuelle, subit néanmoins l'autorité de la hiérarchie. »

Cette doctrine est la seule qui permette de comprendre pourquoi, dans une maladie quelconque, une médication exclusive, absolue, est inacceptable en application ; car la variabilité des éléments morbides rend nécessairement obligatoire la variabilité dans le choix ou au moins dans la dose, la forme, le mode d'administration des remèdes. Cette doctrine peut seule expliquer et amnistier cette prodigieuse mobilité qui caractérise notre époque, cette déplorable fécondité de moyens éphémères que chaque jour voit naître et mourir : c'est que chacun, envisageant dans les faits tel ou tel élément réel ou illusoire, y conforme sa pratique, abstraction faite des éléments conjoints.

Aussi les rudiments de cette doctrine percent-ils dans les monuments de la science la plus reculée. Il y a plus, cette doctrine est forcément l'expression de la science au berceau, alors que, ignorant le mécanisme secret des maladies, on devait s'en tenir à combattre les phénomènes patents, les éléments visibles, tels que la chaleur ou le froid, la séche-

resse ou l'humidité, la force ou la faiblesse. Du moment où la science s'organise, c'est, en effet, la doctrine des *quatre éléments* que nous voyons surgir dans les écrits d'Hippocrate; c'est la même qui est fécondée par le génie de Galien et cultivée à travers les siècles jusqu'à l'époque de la Renaissance et au delà. Depuis lors, il nous serait facile d'extraire la doctrine des éléments des écrits et surtout de la pratique des observateurs les plus renommés, tels que Sydenham, Stoll et autres. C'est elle qui se trouve formulée dans ce bel axiome de Gaubius : « N'opposez pas des remèdes à tous les symptômes, mais bien aux symptômes urgents dont l'amendement fera cesser les autres. » Qu'est-ce que l'analyse philosophique tant vantée par Pinel? Que sont les états organiques de l'école de Paris, si ce n'est l'expression de la nécessité d'avoir égard aux divers aspects des maladies dans l'application des moyens curatifs?

La doctrine que nous exposons ici n'est donc point une innovation, un schisme nouveau faisant invasion dans le grand schisme universel; c'est, sinon la révélation, au moins la formule de ce qui se fait tous les jours, dégagée des obscurités qui l'environnent; c'est l'exhibition du fil occulte qui dirige la plupart des praticiens, souvent à leur insu.

Mais, ce n'est pas tout; admettant que la doctrine soit acceptée, il s'agit de la constituer avec des éléments de bon aloi que la majorité des praticiens puisse reconnaître à l'occasion et traiter au besoin. Là commence la difficulté, car il n'est rien d'arbitraire comme l'appréciation des divers éléments, surtout au point de vue de leur importance en thérapeutique. Cette première difficulté vaincue, une autre surgit immédiatement, c'est celle relative au choix des moyens propres à combattre tels ou tels éléments. Nous n'avons donc pas la prétention de fixer toutes les incertitudes de la science et de l'art ; ce que nous offrons, c'est une méthode, un guide, un canevas sur lequel chacun, sans doute, brodera selon son degré d'intelligence ou d'instruction, la tournure de ses idées, son genre d'éducation médicale, etc. Il est clair, par exemple, que les vitalistes nieront l'importance des éléments morbides empruntés à l'organicisme, et *vice versâ ;* et pourtant, le but auquel nous tendons, c'est la conciliation des systèmes rivaux, au moyen des concessions et des emprunts faits à chacun d'eux, dans les limites de la science positive.

C'en est assez, je crois, pour faire comprendre notre pensée; il est temps d'aborder les applications. Et d'abord, il faut renoncer à se payer de mots et à se faire une idée de la maladie sur l'étiquette, c'est-à-dire sur la valeur nominale. La maladie la mieux définie par son titre comporte presque toujours plusieurs éléments et même plusieurs groupes

d'éléments. Ainsi nous reconnaissons des éléments *individuels :* âge, sexe, constitution, habitudes, etc. ; puis des éléments *étiologiques : circumfusa, applicata, ingesta, etc. ;* puis des éléments *morbides* proprement dits : lésions de tissus et d'organes, symptômes fonctionnels, aussi variables que le siége, la structure, les fonctions, la vitalité de chacun des éléments anatomiques chez chaque individu. Puis se produisent comme éléments nouveaux la marche aiguë ou chronique, continue ou intermittente, les terminaisons, les complications, voire même le pronostic, etc. C'est l'ensemble de tous les éléments ci-dessus qui constitue la science du diagnostic, science difficile et délicate, sans laquelle il n'est pas de pratique raisonnable et salutaire. La thérapentique elle-même comporte certains éléments d'une grande importance pratique : il suffit de rappeler le choix de la médication, puis du médicament ; la composition, la dose, la forme, le mode et le lieu d'application, les effets physiologiques et curatifs bien constatés des remèdes. On voit que tous ces éléments sont empruntés à l'observation positive; que ce ne sont plus des éléments fictifs comme ceux de l'antiquité, ou hypothétiques ainsi que le sont parfois ceux de l'École de Montpellier. Mais arrivons aux exemples.

Prenons d'abord le plus large, le plus vulgaire des éléments, l'inflammation. Certes, l'inflammation n'est pas un phénomène concret, indivis; il s'y rencontre plusieurs éléments constitutifs, ne serait-ce que ceux compris dans la définition classique : rougeur, tumeur, chaleur et douleur dus à un stimulus et à l'afflux du sang. Eh bien ! ne sait-on pas qu'il est possible d'attaquer à part chacun de ces éléments, et d'obtenir ainsi la solution de la maladie, par des moyens très-divers et souvent fort opposés? Soustraire le sang par la saignée ou diminuer sa source par la diète, modérer le stimulus par les émollients, les tempérants, c'est ce qu'on appelle faire la médication antiphlogistique, ajoutons *directe*. Mais cela ne suffit pas toujours, cela même est souvent dangereux, impraticable ; alors vous pouvez attaquer l'élément chaleur par le froid, l'élément tumeur par les astringents et la compression, l'élément douleur par les sédatifs directs. Il y a plus, vous pouvez à l'élément stimulus, durable de sa nature, opposer une stimulation essentiellement passagère, c'est le contro-stimulisme italien, la méthode substitutive des modernes ; c'est même, il faut en convenir, de l'homœopathie. Vous pouvez encore établir une stimulation plus ou moins éloignée, dans le but de produire la dérivation ou la révulsion. Dans d'autres cas, vous suppléez à l'élément faiblesse, ou relâchement des tissus impuissants à revenir sur eux-mêmes, à réaliser la résolution, en tonifiant la partie congestionnée ou le malade lui-

même. Or, c'est l'ensemble de ces moyens partiels ou détournés, si je puis dire, qui constitue ce que j'appelle la médication antiphlogistique *indirecte*, sans compter la soustraction de la cause, le repos physique et moral, etc. On voit combien d'éléments se trouvent compris dans la méthode antiphlogistique, en tant qu'on y comprend tous les agents qui peuvent concourir à la solution de la phlegmasie. Voilà qui condamne ce fallacieux aphorisme : *Naturam morborum ostendunt curationes*, lequel, aujourd'hui même, occasionne encore tant de malentendus, sources de tant d'erreurs et de discordes. N'est-ce pas là, je le demande, un excellent moyen de conciliation entre tous les partis acharnés à se combattre et à se proscrire mutuellement, alors que nous venons de montrer combien il serait facile de les amener à comprendre que tous peuvent avoir raison ou tort, selon l'occurrence, c'est-à-dire selon la nature ou la combinaison des éléments, et selon les moyens employés à combattre une même maladie, ou plutôt les éléments d'une même maladie ?

Autre exemple : l'affection tuberculeuse. La déplorable confusion qui règne sur la pathologie et la thérapeutique de la phthisie pulmonaire, en particulier, naît surtout de l'habitude où l'on est de considérer cette maladie comme une affection simple et toujours identique. De là, cette foule de spécifiques qui sont plutôt la preuve de notre impuissance que de nos succès. Eh bien ! veuillez prendre en considération les éléments constitution du sujet, mode étiologique, degrés de crudité, de ramollissement, de caverne, douleur, toux, expectoration, dyspnée, fièvre, sueurs, diarrhée, émaciation, etc.; veuillez ne pas vous laisser absorber dans la contemplation exclusive de l'élément tubercule ; ayez égard à l'élément inflammation initiale, concomitante ou consécutive du parenchyme pulmonaire et des bronches, qui hâte la fin de tant de malheureux poitrinaires; ne négligez pas l'élément ulcération tuberculeuse de l'intestin, et vous aurez la conscience d'avoir fait à vos malades tout le bien possible, c'est-à-dire que vous éloignerez la catastrophe, que vous adoucirez leur misérable existence, et qu'en fin de compte vous guérirez tous ceux qui sont guérissables.

Les mêmes considérations peuvent s'appliquer au cancer, et à toutes les lésions organiques réputées incurables.

Arrivons à des affections plus spéciales. Quant aux maladies de l'encéphale, si dans l'apoplexie vous n'aviez égard qu'à l'élément ou symptôme paralysie, sans prendre en considération les éléments épanchement sanguin, déchirure, ramollissement, destruction de la substance cérébrale, vous violenteriez le malade en pure perte, sans

compter les funestes complications que vous pourriez créer. Si dans la méningite vous ne faites la part de l'élément inflammation d'abord, puis, plus tard, de l'élément épanchement, qui survit au premier, vous opérerez une fâcheuse confusion entre les moyens de traitement. Ce fut une des applications les plus heureuses de la doctrine des éléments, que ce traitement de la méningite épidémique par l'opium, institué par M. Chauffard et par moi, en 1841 ; en combattant directement les éléments douleur et spasme, nous arrivions à simplifier le mal, de manière à favoriser la résolution dans certains cas. Ceci rappelle l'épidémie de pleurésie que Sarcône combattait avantageusement par l'opium (*Maladies de Naples*).

Passant aux maladies de poitrine, nous trouverons dans certaines affections aiguës des organes respiratoires d'heureuses applications de notre doctrine. C'est ainsi que dans le croup il y a l'élément inflammation et l'élément pseudo-membrane ; bien que le second élément dérive du premier, il acquiert ici la prééminence sur les dangers immédiats qu'il fait naître; aussi s'occupe-t-on plus de combattre l'exsudation couenneuse que la phlegmasie qui la produit : ainsi s'expliquent les succès de la cautérisation, et surtout des vomitifs répétés, comparés aux antiphlogistiques directs. — Dans la pleurésie, dont nous parlions tout à l'heure, il est très-essentiel de séparer l'élément inflammation de l'élément épanchement qui lui succède et lui survit. Combien ne voit-on pas de praticiens prodiguer les antiphlogistiques tant qu'existent la matité et l'égophonie, lesquelles pourtant n'accusent que la présence du liquide ! Or, c'est à la nature seule, aidée peut-être de quelques moyens propres à solliciter certains émonctoires, qu'il appartient d'opérer la résorption des liquides épanchés, alors qu'a disparu l'élément inflammatoire. Souvent il arrive qu'en combattant l'élément toux, dès le début, on parvient à faire avorter la bronchite aiguë ; et c'est encore en conjurant cette même toux, qu'on simplifie le catarrhe chronique et qu'on en favorise puissamment la résolution.

Relativement aux maladies organiques du cœur, qui ne sait que c'est en modifiant les éléments force, fréquence, irrégularité du pouls, par divers moyens, et notamment par la digitale, qu'on parvient à soulager les pauvres anévrysmatiques, et à prolonger leur existence ? Qui ne comprend qu'on ne saurait traiter avec succès la dilatation du cœur droit si l'on ne s'adresse à l'élément engorgement pulmonaire, qui en est la cause assez commune ?

Les maladies de l'abdomen sont une source inépuisable d'applications de cette doctrine qui, bien comprise, mettrait un terme à bien

des dissensions. Ainsi, quelle que soit l'idée que l'on se forme de la nature de l'affection typhoïde, nous demandons à tous les hommes éclairés et sans passions, s'il est possible de faire abstraction de l'élément ulcération intestinale, dans le traitement de cette maladie ? Or, ce que nous disons de l'entérite folliculeuse, nous le proclamons également pour ce qui est des éléments adynamie, ataxie, hémorrhagies, complications pulmonaires, purpura, ulcérations du sacrum, bref, de toutes les circonstances des fièvres graves qui peuvent réclamer une attention spéciale et des remèdes particuliers. Et la dyssenterie ! comment y méconnaître ces deux éléments d'une importance égale, inflammation et spasme ? Comment ne pas tenir compte de ces énormes désorganisations du gros intestin, que paraissent ignorer les prôneurs de spécifiques ? C'est l'élément spasme qui explique les heureux effets de l'opium ; après la période aiguë, c'est l'altération de la muqueuse qui milite en faveur de certains modificateurs, tels que le nitrate d'argent. Ce serait ici le lieu d'aborder une question vive et brûlante, celle du choléra : dans l'impossibilité d'exprimer tout ce que nous sentons à l'endroit de ce terrible fléau, nous nous bornerons à dire que si, au lieu de se livrer à mille spéculations plus ou moins abstruses, les praticiens se fussent résignés à combattre rationnellement les éléments patents de cette cruelle maladie, peut-être aurions-nous moins à déplorer nos malheurs et notre impuissance.

Quant aux affections des appareils sécréteurs, rappelons d'abord l'ictère, où l'on confond si souvent la suffusion bilieuse avec la cause qui l'a produite : n'est-il pas évident que, la cause une fois soustraite, l'élément coloration se résoudra de lui-même, sans qu'il soit nécessaire de fatiguer le malade avec ces évacuations réitérées et ces prétendus spécifiques à nous légués par des temps de barbarie, et dont le moindre inconvénient est leur inutilité ?

Les hydropisies en général, tant celles qui résultent des maladies du cœur que celles qui dérivent de la lésion du foie, de la rate ou des reins, etc., proclament hautement la nécessité de l'analyse élémentaire; car, dans l'impuissance où nous sommes trop souvent de conjurer l'élément cause de la suffusion séreuse, force nous est bien de combattre directement l'hydropisie elle-même. Nous voudrions pouvoir admettre des remèdes spéciaux, sinon spécifiques, pour chaque genre d'hydropisie; mais l'expérience nous force à convenir que les mêmes moyens peuvent échouer ou réussir, quelle que soit la cause de la maladie.

Comment guérissons-nous les fièvres intermittentes et autre maladies périodiques, si ce n'est en nous adressant à l'élément pério-

dicité, abstraction faite de la fièvre elle-même ? Le quinquina et ses congénères ne sont fébrifuges qu'indirectement, et méritent plus exactement le nom d'antipériodiques que celui d'antifébriles. Dans le traitement de la syphilis, ce n'est plus à l'altération même que nous nous adressons, c'est l'élément cause virulente que nous cherchons à détruire, sans trop d'égard au siége et aux formes si variables de cette affection.

Il suffit, je crois, de cette courte et rapide revue, où nous avons effleuré tant de sujets importants, pour faire comprendre et accepter une doctrine qui, du reste, ainsi qu'on vient de le voir, n'est que la réflexion de nos actes journaliers, à nous tous tant que nous sommes. Cependant, il faut bien en convenir, cette doctrine des éléments, laquelle n'est autre, dans bien des cas, que cette médecine du symptôme, qui a soulevé tant de dédains ; cette doctrine, disons-nous, n'est guère qu'un pis-aller, un système transitoire accommodé à notre scepticisme, et que renverserait, sans nous laisser beaucoup de regrets, une doctrine puissante qui, venant à soulever le voile épais dont s'enveloppe l'essence des maladies, nous enseignerait à extirper le mal dans sa racine et nous rendrait ainsi maîtres, d'un seul coup, de cette cohorte d'éléments que force nous est bien d'attaquer individuellement, ignorants que nous sommes de leur principe occulte. Mais comme il est à craindre que nous n'attendions longtemps cette sublime révélation, nous pensons, avec Bacon, qu'au lieu d'abstraire la nature il vaut mieux la disséquer.

Prof. FORGET.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

COUP D'ŒIL SUR LES MALADIES DE L'UTÉRUS, A PROPOS DE LA DISCUSSION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE ; DES DÉVIATIONS UTÉRINES (1).

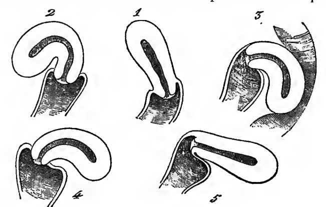
Si la discussion n'a pas donné tout ce qu'on était en droit d'en attendre, surtout en ce qui touche les engorgements utérins, il est, en revanche, un point sur lequel elle a jeté un jour tout nouveau, au sujet duquel elle a levé tous les doutes : c'est celui de l'existence et de la fréquence des déviations utérines. Sans doute, ces déviations étaient décrites dans tous les ouvrages qui traitent des maladies de l'utérus ; mais, à en croire quelques-uns des auteurs modernes, on aurait pu penser que ces déviations, en particulier quelques-unes d'entre elles, les inflexions, par exemple, étaient une rareté pathologique. Après avoir

(1) Voir la livraison de novembre 1849, t. XXXVII, p. 446.

entendu M. Jobert, de Lamballe, M. le professeur Velpeau et M. Huguier ; après avoir pris connaissance des faits produits dans la discussion académique, en face des pièces et des dessins qui ont été mis sous nos yeux, il n'est plus permis de conserver une pareille opinion, et les déviations doivent prendre une place importante dans la pathologie utérine.

Les déviations utérines pourraient être rigoureusement rattachées à trois formes principales : les déviations en avant ou *antéversions*, les déviations en arrière ou *rétroversions*, les déviations latérales, *obliquités* ou *latéroversions*. En examinant plus attentivement le sujet, on s'est aperçu que les déviations utérines ne portaient pas toujours sur la totalité de l'organe ; que le corps seul pouvait s'infléchir, indépendamment du col, en avant, en arrière, ou sur le côté. C'est là ce qu'on a nommé les *inflexions utérines*, divisées en *antéflexions*, *rétroflexions* et *latéroflexions*, suivant que le corps de l'utérus est plié en avant, en arrière, ou sur le côté.

Au point de vue anatomique, la distinction est très-réelle. Mais, comme l'a fait remarquer M. Simpson, dans un mémoire intéressant, l'utérus commence souvent par une inclinaison et finit par une inflexion ; de sorte que, dans certains cas, on peut suivre les degrés divers par lesquels la maladie a passé de l'inclinaison à l'inflexion commençante, et de celle-ci à l'inflexion confirmée et très-prononcée. C'est ce qu'on



peut voir dans la planche ci-jointe donnée par le savant professeur d'Edimbourg. La figure 1 présente une coupe de l'utérus dans sa situation normale, légèrement incliné d'avant en arrière et de haut en bas, dans la direction de l'axe du grand bassin. Supposez, par la pensée, que l'organe se porte plus en avant, vous aurez l'antéversion, état dans lequel le fond de l'utérus se trouve situé derrière le pubis, sur la vessie

qu'il comprime, tandis que le col, placé en arrière, appuie sur la partie inférieure du sacrum, et refoule devant lui la partie antérieure du rectum. Maintenant, que le corps lui-même se porte seul en avant, en donnant à l'utérus la forme d'une cornue, le col conservant, à quelque chose près, la situation normale, et vous aurez ce qu'on appelle l'antéflexion (figure 2).

Dans la rétroversion, que l'on peut voir figure 5, le corps de l'utérus se trouve situé dans la concavité du sacrum, tandis que le col est dirigé vers le fond de la vessie, et s'élève quelquefois jusqu'au niveau de la partie supérieure de la symphyse du pubis. Il résulte de cette inclinaison une disposition particulière du vagin, qui est très-bien représentée dans la figure dont nous venons de parler, et qui consiste dans un allongement, une tension de sa paroi antérieure, un relâchement et un raccourcissement de sa paroi postérieure, qui présente des plis et des godets transversaux plus ou moins marqués. Que le corps de l'utérus se porte seul en arrière, ainsi qu'on le voit dans la figure 4, le fond répond à la paroi antérieure du rectum, tandis que le col conserve à peu près sa position normale. Dans un degré plus avancé (figure 3), lorsque, par des circonstances particulières, principalement par l'accumulation des matières fécales au-dessus du point comprimé de l'intestin, la courbure de l'utérus a été augmentée, le fond du corps peut se trouver de niveau avec la pointe du coccyx, même au-dessous, tandis que le col est seulement un peu dirigé en avant.

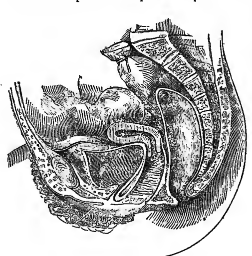
Les inclinaisons latérales (latéroversions ou obliquités) ne constituent, en général, de véritables états pathologiques que dans le cas d'accouchement. En effet, rien de plus commun que ces déviations, surtout celle qui consiste dans une direction de l'axe de l'utérus de haut en bas et de droite à gauche. Cette déviation est même tellement fréquente qu'elle a été considérée par quelques anatomistes comme faisant partie de l'état normal. Que si le corps de l'utérus seul se dévie latéralement, on aura cette affection très-rare signalée plutôt que décrite par les auteurs sous le nom de latéroflexion. On comprend que cette inflexion latérale peut avoir lieu à droite ou à gauche, être plus ou moins prononcée, et se combiner avec les autres déviations, inclinaisons ou inflexions. Il est même très-rare que les latéroflexions soient isolées, et n'existent pas en même temps qu'une anté ou rétroflexion.

La question de la fréquence des déviations utérines a été posée très-nettement par M. Velpeau, et résolue, par ce chirurgien, dans un sens qui ne paraît pas tout à fait conforme à ce qu'ont observé ses collègues. En effet, il résulterait de l'argumentation de M. Velpeau que les in-

flexions utérines sont, non-seulement plus communes que les engorgements dont ce chirurgien a presque nié l'existence, mais encore que les inclinaisons proprement dites. Or, tous ceux qui ont pris part à la discussion, MM. Hervez de Chégoin, Moreau, Amussat, Hugnier, ont, au contraire, considéré les inflexions comme une altération que l'on trouve dans la pratique, moins souvent toutefois que les inclinaisons proprement dites, qui sont si communes, et en particulier que les antéversions.

Une question est encore demeurée douteuse; c'est celle de savoir si les flexions en avant (antéflexions) sont plus communes que les flexions en arrière (rétroflexions) : M. Velpeau a semblé dire que les premières étaient les plus communes, tandis que les secondes ont été réputées plus fréquentes par presque tous ceux qui ont pris part à la discussion, à l'exception de M. P. Dubois.

Pour nous, nous croyons plus utile d'insister sur les moyens à l'aide desquels on peut reconnaître l'existence de ces inflexions, et nous devons d'autant plus le faire que M. Velpeau a fait peser sur le corps médical le soupçon d'une énorme erreur de diagnostic, en déclarant les engorgements n'être autre chose que des déviations utérines. Ce qui peut tromper, en effet, a dit M. Velpeau, c'est que, dans un certain nombre de cas, le col conserve sa situation à peu près normale; de sorte que si l'on ne cherche pas à déterminer la situation du corps de l'organe, on peut méconnaître entièrement la maladie. Il ne suffit donc pas de constater l'état du col, il faut porter le doigt dans le repli postérieur et antérieur qui entoure le col, refouler le vagin sur la face antérieure et postérieure du corps de l'utérus, en même temps qu'une main placée sur le ventre de la malade, qui est couchée sur le dos, refoule devant elle les parois de l'abdomen, et cherche à saisir le fond de la matrice à tra-



vers les tissus avoisinants. Dans les cas douteux enfin, le toucher rectal fait reconnaître des inflexions que le toucher vaginal n'eût pu découvrir, surtout lorsque ces inflexions sont commençantes et peu prononcées. Un coup d'œil jeté sur la planche précédente, qui montre une antéflexion utérine recueillie sur une femme morte dans le service de M. Velpeau, et dessinée par M. Estévenet, fera comprendre l'utilité de ces examens multipliés dans les cas douteux.

L'un des résultats les plus importants de la discussion a été d'établir une division très-nette entre les déviations utérines, suivant qu'elles datent de la vie intra-utérine ou des premiers jours de la naissance (déviations congéniales), ou bien qu'elles se sont produites après le développement complet de l'organe utérin (déviations acquises). M. Jobert, qui a insisté surtout sur cette division, a signalé comme caractère des déviations congéniales le changement de structure qui porte sur le tissu propre de l'organe; il a pu enlever toutes les membranes qui servent de soutien à l'utérus, sans en excepter le péritoine; et jamais la disposition de l'organe ne s'est modifiée. Que l'utérus soit dévié dans le sens latéral, dans le sens de la hauteur, ou dans le sens antéro-postérieur, il existe toujours dans ces déviations congéniales, avec courbure brusque ou étendue, un état atrophique ou un arrêt de développement, si on l'aime mieux, dans le sens de la courbure, tandis que la partie opposée n'offre rien de bien notable dans sa conformation. C'est, au reste, ce qu'on peut voir dans la planche ci-jointe, où nous avons reproduit un dessin, grandeur nature, d'antéflexion congéniale, donné par M. Buisson au professeur Velpeau. Cette pièce avait été recueillie chez une femme adulte, encore jeune, n'ayant pas eu d'enfant. D'après M. Jobert, ces changements survenus dans l'utérus sont remarquables encore dans les obliquités ou déviations obliques. Les vaisseaux utérins qui suivent la courbure de la déviation n'offrent pas non plus le même volume que ceux qui suivent la partie convexe, opposée, de l'organe. Ces obliquités, ces déviations congéniales ne produisent aucun accident jusqu'à la puberté, et il n'en surviendrait aucun, si la menstruation n'était pas gênée. On comprend que si le canal utérin a conservé à peu près son calibre, la déviation ne signale sa présence par aucun symptôme, tous les organes environnants s'étant habitués, avec l'âge, à cet état de l'utérus. Si, au contraire, le canal utérin est rétréci au niveau du centre de flexion, ce qui doit presque constamment arriver

dans les cas de ce genre, le sang sécrété par l'utérus à l'époque des règles s'accumulera dans la cavité utérine, et donnera lieu à des coliques très-vives et à des troubles fonctionnels très-intenses. On comprend encore qu'une déviation pareille peut occasionner la stérilité.

Quel est le mécanisme de ces déviations congéniales? Sur ce point, les recherches organogéniques de M. Huguier ont donné des renseignements qui éclairent le mode de développement de ces déviations. Pendant la vie intra-utérine, le corps de la matrice est comme membraneux. Il est mou et flexible, de forme triangulaire, se continue par son sommet avec la base du col; et dans ce point se trouve un rétrécissement circulaire très-prononcé, qui établit la distinction entre le corps et le col de l'organe. A cette époque de la vie, le corps de l'utérus flotte, en quelque sorte, sur le col, et rien n'est plus facile que de mettre l'utérus en anté ou en rétroflexion. Une incurvation tout à fait passagère peut devenir permanente à cet âge, par formation d'adhérences, ou par défaut de redressement du corps sur le col. Le fait est que dans les nombreuses autopsies que M. Huguier a faites à l'hôpital de l'Ourcine, et dans les recherches anatomiques auxquelles il s'est livré sur le développement des organes génitaux de la femme, ce chirurgien a rencontré une antéflexion et deux rétroflexions tout à fait essentielles, sans trace d'inflammation, sans adhérence entre l'utérus et les parties voisines. Elles semblaient avoir été produites simplement par la pression des intestins sur le fond et sur l'une des faces de l'utérus; peut-être même, pense M. Huguier, étaient-elles la conséquence de la mauvaise habitude qu'ont beaucoup de mères, pour apaiser leurs enfants, de frapper, à coups répétés et cadencés, la région sacrée, tandis qu'elles les tiennent couchés en supination sur un de leurs bras.

Quelles sont les causes des déviations acquises? Ces causes sont évidemment de diverse nature. Il en est une sur laquelle on n'a pas assez insisté dans la discussion, ce sont les violences, les ébranlements utérins, une chute d'un lieu plus ou moins élevé, une brusque secousse, un faux pas. Le décubitus prolongé dans certaines maladies chroniques, etc., a suffi, dans beaucoup de circonstances, pour déterminer des déviations utérines. D'autres fois ce sont des changements opérés dans les moyens d'union et de suspension de l'utérus, comme par le relâchement des symphyses pubiennes, ainsi que M. Martin en a communiqué récemment quelques cas à la Société de chirurgie. D'autres fois, enfin, c'est dans l'utérus lui-même qu'il faut rechercher le point de départ de ces altérations. Mais entrons dans quelques détails : suivant M. Velpeau, les inflexions de l'utérus existent par elles-mêmes ; elles ne sont pas constamment liées à une augmentation de volume ou à un engor-

gement de l'organe ; elles sont, en général, la cause, non l'effet de l'hypertrophie qui les accompagne quelquefois. Sans doute, il est possible que les inflexions et les déviations existent en dehors de maladies de l'organe lui-même ; que, par exemple, des adhérences établies avec le rectum ou avec la vessie fléchissent peu à peu l'utérus en avant ou en arrière ; il est possible que des rétractions de ligaments en fassent autant sur les parties latérales ; que des tumeurs situées au pourtour de l'utérus puissent l'incurver dans telle ou telle direction. Mais comment admettre comme un fait constant que l'hypertrophie de l'organe est l'effet et non la cause de la déviation ? M. Huguier a bien voulu nous communiquer, sur ce point, quelques détails et des dessins qui ne nous permettent pas d'adopter entièrement l'opinion de l'illustre chirurgien de la Charité.

A la puberté, comme dans l'âge adulte, dit M. Huguier, l'anté et la rétroflexion sont produites tantôt par l'inflexion du corps sur le col, celui-ci conservant sa position et sa direction naturelles, tantôt par l'inflexion du col sur le corps, quelquefois par la courbure de ces deux parties, qui s'infléchissent l'une sur l'autre en même temps. Dans le premier cas, qui est le plus fréquent, le corps est poussé, entraîné en bas et en avant, ou en bas et en arrière, par l'action d'une chute d'un lieu plus ou moins élevé, par la pression des viscères abdominaux, de la vessie, dans certaines rétentions d'urine, ou enfin par le poids de tumeurs développées soit dans son épaisseur, soit à sa surface. Dans cette dernière circonstance, qui est assez fréquente, l'inflexion n'est qu'un épiphénomène d'une maladie beaucoup plus grave.

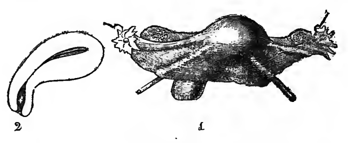
Si le rétrécissement qui sépare le col du corps est très-prononcé, et que le tissu utérin soit moins ferme en ce point que dans les autres parties, il peut arriver que le corps de l'utérus, en suivant sa direction naturelle, descende, par un simple glissement, au-dessous du col. La portion supérieure de celui-ci, entraînée par le corps, vient se mettre sur le même niveau que le museau de tanche, ou même se placer un peu au-dessous ; la totalité de l'organe forme alors un coude à angle droit ou plus ou moins fermé, dont le sinus est en avant. M. Huguier nous a communiqué, et nous avons reproduit ici un cas de ce genre qui est fort curieux : la matrice ressemble à une petite outre garnie d'un



robinet, qui est représenté par le col. La déviation avait été produite par une tumeur de l'ovaire. Dans la planche suivante, on voit ce déplacement encore plus accusé et produit par la présence d'une tumeur fibreuse dans l'épaisseur des parois utérines. Ces deux figures sont réduites à la moitié de leurs dimensions naturelles. On conçoit aussi parfaitement que le col utérin s'infléchisse sur le corps après l'atrophie ou la destruction partielle d'une de ses parois pendant un accouchement, ou par suite d'un abcès, d'un kyste développés dans son épaisseur. Des adhérences formées pendant la grossesse entre la face postérieure de l'organe et le rectum ou toute autre portion du tube intestinal, un développement hypertrophique d'un côté de l'organe, peuvent avoir le même résultat.



☞ Dans certaines circonstances le fond et le col s'infléchissent simultanément l'un vers l'autre; pour cela il suffit qu'avec une adhérence du fond de l'utérus à la face antérieure du rectum, il se manifeste une tumeur dans le cul-de-sac recto-utérin, au-dessous de cette adhérence; la tumeur, en prenant de l'extension, portera la partie moyenne de l'utérus en avant vers la vessie, tandis que ses deux extrémités seront maintenues en arrière, le fond par la fausse membrane, le col par les ligaments utéro-sacrés. Deux fois M. Huguier a observé ce genre de rétroflexion; dans le premier cas, l'incurvation était causée par un kyste développé sous la couche fibro-séreuse de la face postérieure de l'organe; dans le second, par un kyste gélatiniforme formé par l'une des lacinires de la trompe.



En ce qui touche les véritables latéroflexions, maladies qui sont

très-rares, et dont nous avons fait graver un exemple d'après un dessin de M. Velpeau (fig. 1 et 2), le mécanisme de leur production n'est pas toujours facile à démêler. Tantôt l'utérus est tiré directement par le ligament large, par celui de l'ovaire ou par la trompe, lorsque ces parties deviennent le siége d'une tumeur plus ou moins volumineuse et pesante; tantôt il est entraîné par le retrait des tissus, par la rétractilité de l'élément cicatriciel, lorsqu'un abcès qui s'est formé vers l'un de ses bords ou dans le ligament large s'est ouvert et cicatrisé. Tout récemment, M. Huguier a trouvé sur le cadavre d'une femme morte dans le service d'un de ses collègues, une latéroflexion gauche qui ne lui a paru avoir d'autre cause qu'une excessive brièveté du ligament large du côté correspondant. Cette brièveté était-elle acquise ou congéniale? C'est ce qu'il n'a pu constater, les tissus n'offrant aucune trace d'inflammation ou de toute autre affection. Cette femme n'avait pas eu d'enfants.

Les latéroflexions sont plus rares que les autres incurvations, 1° parce que l'utérus est maintenu en équilibre entre le ligament large, le ligament rond, la trompe et l'ovaire d'un côté, et ceux du côté opposé; 2° parce que le diamètre transversal de l'utérus est plus étendu que le diamètre antéro-postérieur, et oppose plus d'obstacle à ce renversement; 3° enfin, et c'est là la principale raison, parce que les viscères abdominaux n'exercent jamais habituellement ou accidentellement, excepté dans la grossesse, de pression sur les parties latérales de cet organe; de telle sorte que lorsqu'il se trouve en latéroflexion, c'est parce qu'il a été entraîné et non poussé. Il n'y a qu'une exception, c'est lorsque les tumeurs que nous avons signalées plus haut, au lieu de commencer à se développer dans le fond de l'excavation pelvienne, se manifestent au niveau du détroit supérieur et prennent un accroissement considérable; elles refoulent alors le corps de l'organe en bas et du côté opposé à celui où elles se sont montrées. C'est toujours le corps qui s'infléchit et non le col. Pour qu'il en fût différemment, il faudrait (et c'est là une simple supposition, puisqu'il n'en existe encore aucun exemple, mais on conçoit la possibilité du fait), il faudrait qu'avec une tumeur qui portât le col d'un côté, le corps, le fond principalement fût maintenu par des adhérences préalables.

Un fait encore bien établi par la discussion académique, et qui a été surtout mis en relief par M. Velpeau, c'est que, chez beaucoup de femmes, les déviations et les inflexions utérines ne constituent pas une maladie grave; que beaucoup de femmes en sont atteintes sans s'en douter. Cela est vrai surtout, ainsi que l'a fait remarquer M. Simpson, des

femmes dont le bassin est large et volumineux, et de celles dont la sensibilité est très-obtuse. Mais, d'un autre côté, il n'en est pas moins vrai que ces déviations développent des phénomènes de deux ordres, les uns troubles locaux résultant de la compression exercée par l'organe déplacé sur les parties voisines, rectum, vessie, et des changements apportés dans l'excrétion utérine ; les autres, troubles généraux résultant soit du tiraillement des plexus nerveux qui relient l'utérus aux organes voisins, soit de véritables sympathies ; les uns consistant dans une sensation de pesanteur sur le siége, de l'embarras vers le fondement, du ténesme, de la constipation, du besoin fréquent d'uriner, de l'agacement, de l'engourdissement dans l'excavation pelvienne, à tel point que quelques femmes se croient plutôt atteintes d'une maladie de l'anus ou de l'intestin que d'une affection de la matrice ; des douleurs, des coliques parfois fort vives dans la région utérine ou dans tout l'hypogastre aux approches des règles, et même pendant toute la période menstruelle ; les autres, comprenant ces douleurs, cette fatigue des reins, ces tiraillements du côté des lombes et de l'estomac, cette faiblesse, cette difficulté de marcher, ces mille formes d'incommodités qui se montrent du côté du système digestif, et du système nerveux en particulier, et qui font le tourment des malades et des médecins.

Telle a été l'étendue que nous avons donnée à notre sujet, que nous n'aurions pas aujourd'hui assez d'espace pour traiter convenablement de la thérapeutique de ces déviations. Nous renvoyons donc la fin de cet article à notre prochain numéro.

CHIMIE ET PHARMACIE.

DE LA NÉCESSITÉ ABSOLUE DES MÉDICAMENTS.

Nous sommes déjà loin de la doctrine physiologique, c'est-à-dire de l'époque où la matière médicale, réduite à sa plus simple expression, se composait de trois agents : l'eau, la gomme et les sangsues. Ce système qui a fait tant de bruit, qui a compté un si grand nombre d'adeptes, tellement il semblait être l'expression même de la vérité, n'est plus aujourd'hui qu'une théorie médicale savamment développée et énergiquement soutenue par son tenace et remarquable auteur. Bien que cette doctrine appartienne aujourd'hui à l'histoire de l'art, ce n'est pas depuis un temps assez long pour qu'on ne trouve encore de larges traces de son passage, ne fût-ce que cette masse imposante de médecins chez lesquels elle est venue détruire la foi en la vertu des médicaments, même en ceux qui nous ont été légués par l'expérimentation de plus de

dix-huit siècles. C'est un point que nous avons déjà développé ailleurs et sur lequel nous ne devons pas craindre de revenir.

Quelques médecins, sous prétexte de scepticisme, ne formulent jamais ou presque jamais ; ils ne croient pas aux médicaments, et se bornent à faire de la médecine expectante. Pour exprimer franchement toute notre pensée, nous dirons que nous croyons peu au scepticisme de certains : il est plus facile de rejeter comme absurde un problème difficile que de le résoudre.

Qui pourrait nier aujourd'hui l'action des médicaments sur l'organisme, quand beaucoup d'entre eux en ont une, pour ainsi dire, mathématique? La chirurgie oculaire refusera-t-elle à la belladone la propriété de dilater la pupille, alors même que cette substance, produisant son effet, distend considérablement cet organe et facilite au chirurgien une opération? Refusera-t-on à l'opium sa vertu calmante, par la raison qu'un excès de dose agite? La propriété antipériodique du quinquina ou de son principe actif peut-elle être rejetée, quand l'heure de la fièvre, en ne sonnant pas, vient attester que l'effet du médicament est produit? La spécificité des mercuriaux est-elle à mettre en doute? Le tartre stibié n'est-il pas un émétique, le fer un antichlorotique? En vérité, ce serait nier le mouvement.

Quelques pseudo-sceptiques diront : nous acceptons l'action de ces médicaments, mais nous rejetons celle de tous les autres qui encombrent inutilement les rayons de la matière médicale. Loin de nous l'intention de chercher à faire croire à l'action médicale de toutes les substances présentées comme en possédant une ; nous dirons même, quitte à passer pour esprit fort, que nous croyons très-peu à l'utilité thérapeutique d'un grand nombre d'entre elles. Mais nous pourrions citer encore une centaine de substances dont les propriétés médicinales sont tout aussi évidentes que celles des médicaments que nous venons de nommer. Cependant, bien que les propriétés de substances, autres que celles que nous avons mentionnées, ne soient pas aussi nettement constatées, qu'elles n'aient pas reçu la consécration de la science, faut-il donc les rejeter, alors même que l'expérience pratique en a obtenu de bons effets? Tel n'est pas notre avis. De ce que l'on guérissait le goître et les scrofules avec des éponges brûlées, avec des algues, quelques siècles avant qu'on sût à quel principe particulier attribuer ce résultat, c'est-à-dire bien avant la découverte de l'iode dont on ne contestera pas, nous l'espérons, des propriétés ; de ce que l'on guérissait le rachitisme et les scrofules encore avec l'huile de foie de morue, avant qu'on sût qu'elle contient de l'iodure de patassium, ce qui prêtait cependant bien au ridicule ; de ce que, enfin, dans beaucoup de cas

analogues on employait d'une manière empirique des substances dont les principes actifs sont aujourd'hui isolés et dont l'histoire thérapeutique est parfaitement connue, concluons donc qu'il faut accorder beaucoup à l'expérience, et conséquemment admettre l'action thérapeutique d'une foule de corps, laquelle, si elle n'est pas encore parfaitement expliquée, pourra l'être un jour. Les eaux minérales naturelles nous fournissent des exemples qui viennent à l'appui de notre proposition. En effet, chaque jour et à chaque nouvelle analyse qu'on en fait, on découvre des principes qui avaient d'abord passé inaperçus et qui permettent d'expliquer des actions thérapeutiques qu'on ne s'expliquait pas auparavant; puis enfin, n'est-ce pas l'empirisme qui a fait découvrir les propriétés de tous les médicaments quels qu'ils soient?

Nous irons plus loin. On a vu des substances médicamenteuses employées dans les mêmes cas chez des peuples entièrement différents de mœurs et entre lesquels il n'existait aucune relation. Les propriétés fébrifuges de l'acide arsénieux, par exemple, avaient été découvertes par les Chinois bien avant qu'on les connût en Europe, et ce n'est qu'après qu'on en eut fait l'application chez nous, qu'on sut que les Chinois s'en servaient aussi; ils en connaissaient les propriétés toxiques avant même que connussions ce corps. On a déjà plusieurs exemples d'affections, comme le goître, les fièvres, la lèpre, qui, endémiques dans quelques contrées, ménagent cependant les habitants de certaines localités situées au sein même de ces contrées, et dans lesquelles l'analyse chimique, en découvrant dans les eaux des rivières ou fontaines des lieux privilégiés, des proportions infinitésimales, soit d'iode, soit d'un composé arsenical, est venue donner l'explication de ces apparentes anomalies. Des animaux ont fait découvrir les propriétés de quelques médicaments. Nous venons de parler des animaux : ils nous fourniront un argument de plus à l'appui de l'action curative des médicaments. Quelques personnes refusent aux eaux minérales les propriétés qui les font employer, et n'accordent qu'à la seule distraction qu'amène le séjour aux sources les cures que les malades y trouvent. Sans rejeter la puissante influence de la distraction, sans nier même qu'elle ne soit tout dans quelques cas, il suffit de réfléchir un instant pour reconnaître que, dans la guérison d'affections réelles, bien caractérisées, l'action bienfaisante des eaux est aussi manifeste que le jour. Si dans cette circonstance on refuse le témoignage de l'homme comme susceptible d'être entaché d'illusions, nous avons les animaux pour l'attester. Tous les ans, en effet, ne voit-on pas des chevaux atteints de fourbure, d'engorgements aigus ou chroniques considérables, quelquefois même

avec commencement de pousse, qu'on mène en troupeaux aux sources d'eaux minérales, en revenir parfaitement guéris ?

Non, il n'est pas possible, avec trois ou quatre substances simples, de satisfaire aux cas innombrables de maladies et de leurs non moins nombreuses complications idiosyncrasiques. Si vous bornez la matière médicale au quinquina, à l'opium, au mercure, au fer, aurez-vous un obstétrical et un hémostatique à la fois à comparer au seigle ergoté ; un antigoutteux identique au colchique ; un contro-stimulant semblable à la digitale, un anesthésique comparable à l'éther ou au chloroforme ? Si vous n'avez pas la noix vomique ou la strychnine, avec quoi stimulerez-vous la moelle épinière ? Guérirez-vous aussi bien les urétrites avec le fer ou le mercure qu'avec le copahu ou le cubèbe ? Comment produirez-vous une détente favorable à un état inflammatoire local et accidentel, sans ces émollients si bénévoles que vous les dédaignez par leur vulgarité même ? Vous admettrez donc ces substances, et, entrant dans cette voie, vous en accepterez bien plus encore. La nature, du reste, semble venir elle-même décider la question, en multipliant avec une sollicitude admirable les remèdes propres à combattre les maladies, et en les modifiant par des nuances insensibles, afin de pouvoir atteindre jusqu'aux plus faibles complications de celles-ci. En effet, la fièvre a-t-elle la même intermittence, une toute autre maladie a-t-elle des symptômes tout à fait identiques chez tous les individus ? Voilà pour les maladies. Voyons s'il en est de même pour les médicaments : l'opium a-t-il les mêmes propriétés que le lactucarium, le lactucarium que la stramoine, et cette dernière exactement les propriétés du haschich ? Non. Pourtant ces quatre substances sont des narcotiques dont les propriétés se confondent par quelques points. L'ipécacuanha a-t-il les mêmes effets que le tartre stibié, et celui-ci que le sulfate de zinc ? Non, et cependant ce sont trois vomitifs.

Il est digne de remarque que ce sont les hommes qui connaissent le moins les médicaments, la manière d'en tirer parti, qui y ont le moins de confiance. Combien de fois n'a-t-on pas vu des médecins habiles trouver des ressources là où d'autres n'en voyaient aucune ; employer des agents dont souvent on s'était déjà servi avant eux, mais les rendre plus efficaces par une manière nouvelle de les appliquer ; tantôt élevant brusquement la dose, tantôt changeant complétement leurs formes, en trouvant même de nouveaux au besoin, et arriver ainsi, par des coups d'une hardiesse éclairée, à des résultats refusés à des hommes prévenus, plus timides ou moins adroits !

On réunit quelquefois plusieurs substances médicamenteuses, dans l'intention que leurs effets s'ajoutent, se modifient, et pour obtenir ainsi

une variété de médicaments pour ainsi dire aussi grande que celle des maladies. On a blâmé, et beaucoup de ceux-là même qui admettent la pluralité des agents thérapeutiques, rejettent complétement l'association des médicaments, sous prétexte qu'on embrouille ainsi les résultats qu'il était déjà bien difficile d'apprécier avec des médicaments simples.

C'est en débarrassant la matière médicale de toute superfétation et en simplifiant le plus possible les médicaments, qu'on fera avancer la thérapeutique. L'idée de n'employer que des médicaments simples est, sans contredit, très-rationnelle. Mais, dans l'état actuel des choses, ce principe est inadmissible en pratique. Si un jour la matière médicale arrive à offrir au praticien des médicaments simples qui puissent remplacer dans tous les cas et en tous points les médicaments composés, alors, mais seulement alors, on pourra n'employer que des médicaments simples. Mais quand, d'un côté, on voit les médicaments les plus puissants ne pas toujours produire l'effet qu'on en attend lorsqu'ils sont employés isolément, et, au contraire, atteindre le but lorsqu'on les associe à d'autres, ainsi que nous le verrons bientôt plus en détail; quand, d'un autre côté, on réfléchit que l'association des médicaments paraît être une loi de la nature qui, à côté d'un principe énergique, en a toujours placé d'autres pour tempérer son action, méthode que la pratique journalière ne fait en quelque sorte qu'imiter, on peut craindre que cette simplification de la matière médicale ne se réalise jamais.

Il est d'un esprit philosophique, nous le reconnaissons, de chercher à se rendre compte des phénomènes qu'on observe; c'est là sans doute ce qui fait rejeter l'emploi des médicaments composés; mais il y a là un écueil à éviter, c'est de pousser ce principe trop loin. Pourquoi, en effet, les choses existant, ne pas faire avec les médicaments composés comme avec les médicaments simples, constater le résultat? Alors la thériaque, le diascordium seront considérés comme des médicaments simples, dont les effets sont un, bien que la cause soit mixte, et de cette manière on ne sera pas obligé de rayer de la matière médicale un certain nombre de médicaments composés, dont les propriétés ont été sanctionnées par l'expérience. Mais le musc, mais l'opium, mais le quinquina qu'on regarde comme des médicaments simples, contiennent chacun, d'après leur analyse, au moins dix substances, elles-mêmes composées; et cependant aucun thérapeutiste, que nous sachions, ne pense à les faire rejeter de la matière médicale.

A force de vouloir simplifier, on arrive, comme par la voie contraire, à l'absurde; il serait aussi facile d'établir, si le sens commun n'y mettait obstacle, que l'emploi des éléments chimiques (oxygène,

azote, hydrogène) comme médicaments est seul admissible, seul rationnel, qu'il le serait de faire prévaloir uniquement les médicaments polypharmaques; et il ne faut pas désespérer qu'à l'aide du premier sophisme, un jour viendra où le fameux aphorisme de la doctrine physiologique, *modus unus in omnibus morbis*, appliqué aux maladies, et dont aujourd'hui on reconnaît toute la fausseté, ne soit repris par un réformateur de la matière médicale, qui, la réduisant à une expression plus simple encore que celle où l'avait réduite Broussais, la bornera à un seul élément chimique qu'il érigera ainsi en une panacée universelle. Aux yeux d'un pareil réformateur, Raspail, faisant du camphre une panacée universelle, serait un polypharmaque.

Que l'on blâme le mélange inutile des médicaments, nous l'approuvons hautement, surtout dans le cas de mélanges non encore expérimentés, car il pourrait arriver que des associations nouvelles amenassent les résultats les plus funestes. Tel médicament, en effet, qui isolément rend de très-grands services, peut, étant associé à un ou plusieurs autres, donner naissance à des poisons redoutables; et si aujourd'hui on est arrivé à prévoir un assez grand nombre de réactions dangereuses, on peut assurer malheureusement qu'elles ne sont pas toutes prévues. Les annales de la médecine renferment des exemples déplorables d'empoisonnements occasionnés par des réactions de cette nature.

C'est surtout dans le mélange des substances organiques entre elles qu'il est quelquefois difficile de prévoir les réactions auxquelles il donne lieu. Qui aurait dit, *à priori*, avant les recherches des savants sur cet objet, que par le mélange de deux solutés aqueux, l'un d'émulsine (albuminoïde des amandes douces), l'autre d'amygdaline (principe particulier aux amandes amères), on donnait naissance à deux poisons des plus énergiques, à de l'acide cyanhydrique et à de l'hydrure de benzoïle? On peut en dire autant de la myrosine et du myronate de potasse, produits obtenus de la moutarde noire. Voilà des effets remarquables produits par des substances en apparence indifférentes et dont les caractères physiques ne révélaient point de réactions saillantes.

Si le mélange inconsidéré de substances médicamenteuses peut, par suite de réactions inattendues, donner lieu à des composés d'une activité dangereuse, il peut arriver, au contraire, que, par des mélanges de ce genre, on annihile l'action des composants. Ici, nous ne voulons point parler de ces faits ordinaires que l'on peut prévoir à l'aide des données de la science; mais de réactions tout à fait inattendues et même pas toujours saisissables une fois effectuées. Ainsi, qui aurait pu dire encore *à priori*, avant la remarque récente qui en a été faite, que le musc perd son odeur et probablement aussi ses propriétés cu-

ratives au contact des préparations amygdalines, telles que le sirop d'orgeat, l'émulsion d'amandes amères, l'eau de laurier-cerise et toutes les substances qui renferment de l'acide prussique ; qu'avec l'assa-fœtida le même phénomène se reproduisait presque avec autant d'intensité? Ici la réaction a pu être reconnue par la destruction de l'odeur de l'agent thérapeutique ; mais ne peut-on pas supposer que dans bien des cas des réactions restent inaperçues, et que tel médicament qui, employé isolément, aurait produit un effet déterminé, n'en produit aucun par suite d'un mélange intempestif?

Que l'on blâme encore la mixtion des médicaments faite dans des idées polypharmaques, et l'on aura encore parfaitement raison. En effet, quoi de plus ridicule que ces assemblages monstrueux de drogues de toutes espèces que l'esprit et la raison repoussent? Les anciens pharmacologistes, dans ces pêles-mêles de substances médicamenteuses, espéraient obtenir des composés précieux qui possédassent des vertus extraordinaires. Selon eux, chaque substance qu'ils faisaient entrer dans un composé avait son utilité, et, dans le corps, chacune se rendait au poste qui lui était assigné; de sorte qu'une préparation qui aurait renfermé tous les médicaments aurait été un remède avec lequel le diagnostic devenait inutile, puisqu'elle atteignait tous les maux, en un mot constituait une *panacée universelle*. Ce qui confirme la deuxième partie de la proposition que nous établissions tout à l'heure, savoir, qu'à force de simplifier on arrive, comme par la voie contraire, à l'absurde. Que l'on blâme, nous le répétons, l'emploi de pareils fatras dans de pareilles vues et les idées qui pourraient les faire renaître, nous nous joindrons aux critiques. Mais autre chose est la mixtion des médicaments d'après les préceptes d'une saine thérapeutique, et la mixtion d'après les idées surannées dont nous venons de faire l'historique. Autant une polypharmacie fastueuse et ses prescriptions gothiques annoncent le charlatanisme ou la diffusion de l'esprit, autant l'affectation de simplifier décèle l'étroitesse du génie ou la paresse dans l'étude. Il y a en thérapeutique, comme en toute chose, un terme moyen que les esprits justes savent seuls prendre : c'est ce *medium* que nous cherchons à faire prévaloir dans tout cet article.

Mais rentrons au fond de la question. Pour répondre à la fois aux objections faites contre le mélange et la multiplicité des médicaments, qu'on nous permette d'établir un raisonnement des plus simples, mais qui, étant plus facilement compris, n'en aura que plus de force.

Que l'on nourrisse pendant un temps, qui ne sera même pas très-long, un individu avec une même substance, sans addition d'autres à titre de condiments ou sous tout autre rapport, et, pour rendre l'expé-

rience plus évidente, que cette substance soit prise parmi celles qui passent pour les plus nutritives, comme le gluten, la viande, et l'on verra bientôt l'individu, homme ou animal, perdre l'appétit, dépérir et même succomber ; variez, associez, au contraire, ces substances, et la nutrition deviendra normale. C'est donc bien à tort, selon nous, que l'on a conclu, pour avoir vu dépérir des animaux soumis à une alimentation entièrement constituée par de la gélatine, que cette substance n'était pas assimilable (1). Les organes d'un animal renferment des matières azotées, non azotées, des sels inorganiques, etc.; les aliments qui servent à la reproduction des organes doivent nécessairement en contenir tous les éléments. Or, cette condition indispensable peut se trouver toute remplie exclusivement par une seule matière, ou bien par plusieurs matières réunies, dont l'une contient alors tout ce qui manque à l'autre. Puis, telle substance, qui remplit cependant toutes les conditions d'assimilabilité, ne sera pas supportée, pas digérée par tel individu, et le sera très-bien par tel autre. C'est l'histoire des médicaments. En effet, l'expérience clinique a prouvé qu'en associant des médicaments d'une même classe, des toniques avec des toniques, des purgatifs avec des purgatifs, on obtient une somme d'effet plus grande que celle qu'on obtiendrait en employant ces médicaments séparément. C'est que, sans doute, dans les associations de ce genre, l'une des substances cède à l'autre des principes qui lui manquent, d'où résulte un tout dans des conditions bien plus avantageuses pour remplir l'indication. Les purgatifs résineux ont une action bien plus douce, n'occasionnent pas de coliques si on les associe à du savon ou à un alcali. Un mélange d'opium et d'ipécacuanha est un diaphorétique puissant, et cependant ni l'une ni l'autre de ces substances, prise séparément, ne jouit de cette propriété. D'un autre côté, il est prouvé également que les médicaments les plus héroïques ne produisent pas toujours les effets qu'on en attend, tandis qu'associés, ils remplissent parfaitement l'indication. L'augmentation des propriétés sudorifiques des antimoniaux par l'association de l'opium, l'augmentation encore de l'action purgative de l'aloès par le sulfate de quinine ou celui de fer, bien qu'aucun de ces deux sels ne possède cette propriété, sont

(1) Les expériences de M. Bernard ont prouvé que ce n'est point parce que les animaux dépérissaient, que l'on a conclu que la gélatine n'était pas assimilable et ne nourrissait pas, mais parce que la gélatine introduite directement dans les veines est entièrement éliminée par les urines, tandis que toutes les substances nutritives, sucre, bouillon, lait, etc., disparaissent et ne peuvent plus être retrouvées dans le torrent circulatoire.

(*Note du rédacteur en chef.*)

des faits acquis à la science ; de plus, le sulfate de fer en particulier, tout en augmentant l'action purgative de l'aloès, la rend plus douce et plus assurée. Le sublimé corrosif est plus facilement absorbé lorsqu'il est combiné avec une matière animale azotée ; le sulfate de quinine, pris seul, occasionne quelquefois des diarrhées, tandis qu'associé à l'opium, il est absorbé et produit l'effet qu'on en attend. Les ferrugineux ne peuvent être supportés par certaines chlorotiques qu'associés aux amers. Pour obtenir la tolérance de l'émétique, il faut l'associer à l'opium. L'opium lui-même, qui facilite la tolérance de beaucoup de médicaments énergiques, ne peut souvent être supporté lorsqu'il est administré isolément, tandis qu'associé à d'autres substances, comme dans les pilules de cynoglosse, il l'est parfaitement. Il est donc heureux que les médicaments, comme les aliments, puissent être variés, modifiés, pour satisfaire à tous les besoins généraux comme aussi à toutes les idiosyncrasies individuelles.

Nous pensons avoir résolu le problème que nous nous étions proposé, c'est-à-dire que nous croyons avoir prouvé par des arguments irréfragables *la nécessité absolue des médicaments,* et de plus l'utilité de leur multiplicité. Comment se fait-il donc que le scepticisme (nous ne parlons que du véritable) existe sur ce point de la science? Nul doute qu'il ne faille l'attribuer à des diagnostics mal portés, et partant à des médicaments mal indiqués, en un mot à des revers thérapeutiques. Acculé à ce dernier retranchement, le scepticisme thérapeutique est comme tous les autres scepticismes, et n'a pas de bases plus solides.

DORVAULT.

FALSIFICATION DES CANTHARIDES EN POUDRE.

On nous a remis, venant du commerce de la droguerie, des cantharides en poudre falsifiées avec de l'euphorbe. Cette fraude peut avoir quelquefois des conséquences si fâcheuses, que nous croyons devoir donner le moyen que nous avons employé pour la reconnaître.

On fait bouillir au bain-marie les cantharides suspectes avec une petite quantité d'alcool à 22 degrés, on filtre la liqueur encore chaude. Si les cantharides sont falsifiées, le décocté par son refroidissement laissera déposer de la gomme-résine que l'on reconnaîtra aux caractères qui lui sont propres.

D'autre part, si on fait évaporer cet hydro-alcoolé jusqu'à siccité, on pourra établir, comme point de comparaison, qu'un kilogramme de cantharides en poudre de bonne qualité ne fournit que 150 à 160 grammes d'extrait presque entièrement soluble ; tandis que le produit sera d'un tiers, d'un quart ou d'un cinquième en plus si les cantharides

ont été falsifiées, et que l'extrait qui en résultera n'aura pas la même solubilité.

STANISLAS MARTIN,
pharmacien.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE L'ACIDE ARSÉNIEUX DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

J'habite une localité où les fièvres intermittentes, pendant les mois d'août, septembre et octobre, sont nombreuses, intenses, et récidivent avec une promptitude désespérante quand une température chaude et humide favorise leur développement. D'un côté, la mer dépose sur nos rivages des limons d'une fétidité extrême ; de l'autre, des marais d'eau douce, presque desséchés l'été, fournissent abondamment des effluves pestilentiels que les vents du continent nous apportent en peu de minutes. L'espace qui sépare ces deux foyers d'infection (4 kilomètres environ) est parsemé de salines, creusé de canaux multipliés que parcourent le flux et le reflux. Malgré ces conditions mauvaises, les habitants, grands, forts, doux, laborieux et intelligents, forment un contraste remarquable avec les populations qui les environnent. Ce fait ne doit point trouver ici son explication.

Chaque année, je suis obligé, bien que la commune possède un hôpital, de distribuer gratuitement une quantité considérable de sulfate de quinine et de l'ordonner à des malheureux vivant d'un labeur journalier. Déplorant cette nécessité pénible, j'interrogeais avidement les recueils périodiques auxquels je suis abonné, afin de voir si le hasard ou la science n'avaient pas enfin trouvé le moyen d'économiser ou de remplacer une substance précieuse, je l'avoue, mais d'un prix trop élevé, inaccessible même à beaucoup d'individus.

Le premier numéro de septembre de votre estimable journal contenait le commencement d'un article sur la médication arsenicale, dans lequel vous exposez la méthode employée par le docteur Boudin dans le traitement des fièvres intermittentes. Mes désirs auraient été satisfaits, sans la puissance redoutable de l'agent qu'il fallait manier, et que je n'avais employé dans aucune circonstance. Le nom de mon confrère, sa haute position scientifique, sa vaste et longue expérience, ses résultats certains m'inspiraient une très-grande confiance, et néanmoins j'hésitais. J'éprouvais des craintes que personne n'osera blâmer, j'en suis convaincu. Après mûres réflexions, et fort de la sanction que vous prêtiez à la médication arsenicale, je compris alors que le médecin doit remplir courageusement ses devoirs envers la science comme envers l'humanité. Je confiai aussitôt mes intentions à Mme la supérieure de l'hospice.

Cinquante individus, hommes et femmes, de douze à soixante-cinq ans, pris dans ma clientèle ou parmi les préposés de la douane, ou parmi les malades de notre petit hôpital, ont été soumis à la médication arsenicale. Je les divise en trois catégories :

1° *Dix-huit* avaient depuis huit jours au moins une fièvre intermittente quotidienne, sans hypertrophie notable de la rate. Je leur ai constamment administré l'ipécacuanha ; mais sachant combien il modifiait parfois les accès, j'ai attendu avant de recourir à la solution minérale. *Trois* fois le repos et le vomitif seuls ont enrayé l'affection. *Douze* fois la fièvre a disparu dès la première dose d'acide arsénieux et n'a pas récidivé, si ce n'est à des termes éloignés ; fait commun dans un pays où l'organisme est continuellement soumis à l'imprégnation paludéenne. *Trois* fois la médication prolongée n'a pas eu de succès.

2° *Vingt-cinq* avaient la fièvre tierce ; *quinze* une fièvre à forme cholérique ou dyssentérique, très-fréquente ici pendant l'automne ; *dix* à forme simple ; pas d'hypertrophie notable de la rate. Ne jugeant pas convenable d'administrer un vomitif, je débutai par l'acide arsénieux, qui triompha de la maladie, et les récidives n'ont pas été plus fréquentes que chez les individus de la première catégorie.

3° *Sept* femmes, au nombre desquelles Mme la supérieure de l'hospice et ma domestique, étaient atteintes de fièvre quarte ; toutes présentaient une rate légèrement hypertrophiée, et avaient usé largement et sans soulagement des préparations de quinquina. J'administrai d'abord un vomitif, et le lendemain l'acide arsénieux. *Cinq* fois la fièvre n'est pas revenue ; une fois, les accès détruits successivement reparurent de douze en douze jours ; c'était chez Mme la supérieure. Craignant l'usage réitéré du médicament sur l'organisation frêle et délicate de cette dame, j'eus recours au sulfate de quinine, qui suffit alors. Chez ma domestique, je n'ai obtenu aucun résultat. Depuis trois mois, les pyrexies sont invariables.

Tous ces malades ont pris, par jour, trois, quatre et cinq centigrammes d'acide arsénieux, en trois, quatre, cinq doses et même davantage, d'heure en heure, ou de deux en deux heures, selon la disponibilité de l'estomac. Ce chiffre n'a jamais été dépassé et ne peut produire le moindre accident. Quelques-uns ont accusé une forte chaleur, un véritable sentiment de brûlure à l'épigastre ; d'autres, au nombre de *six*, ont éprouvé des nausées ; *deux*, des vomissements, calmés à l'instant par les opiacés.

Des résultats si remarquables ont dissipé mes appréhensions ; et maintenant, dans notre petit hospice, je réserve le sulfate de quinine pour des cas particuliers.

Le vomitif au début me semble assez inutile. Je préfère le donner,

selon mon ancienne méthode, après guérison, quand le malade se plaint de gonflement, d'avoir la bouche mauvaise, lorsqu'il offre, en un mot, les signes de l'embarras gastrique. Je laisse également la nourriture à la volonté, ou plutôt au pouvoir des individus. Il est impossible que des indigents, des douaniers, de malheureux fermiers améliorent beaucoup et longtemps leur régime alimentaire. D'ailleurs, une expérience de six années m'a démontré son peu d'influence sur l'empoisonnement paludéen.

Tels sont, monsieur le rédacteur, les faits que je soumets à votre appréciation. Je vais continuer mes observations, les étendre, les rendre plus scrupuleuses encore ; et si vous pensez qu'elles puissent intéresser vos lecteurs, je vous prierai de leur réserver une petite page de votre excellent journal.

P. Mazière, D.-M.
à Ile-Bouin (Vendée).

BULLETIN DES HOPITAUX.

De l'influence du régime sur les effets de la médication arsenicale. — Il est une recommandation que nous avons toujours faite, et à laquelle il est bien fâcheux qu'on ne veuille pas se conformer, c'est de ne rien changer aux médications nouvellement instituées, tant qu'elles n'ont pas été suffisamment expérimentées. Comment, en effet, se prononcer en connaissance de cause sur la valeur d'une médication, lorsqu'on en a retranché une partie, lorsqu'on a substitué à telle ou telle portion de la médication quelque chose qui n'y figurait pas primitivement ? C'est cependant ce que font presque toutes les personnes qui essayent tel ou tel traitement nouveau ; et l'on s'étonne après cela que la thérapeutique soit encombrée d'assertions contradictoires !

Ces réflexions ne nous sont pas suggérées par l'article si intéressant de notre honorable confrère M. Mazière, sur le traitement des fièvres intermittentes par la médication arsenicale ; cependant une phrase du travail de notre confrère nous prouve qu'on ne se pénètre pas assez de l'importance de notre recommandation. Lorsque nous avons, des premiers, appelé l'attention sur la médication arsenicale, nous avons, à l'exemple de M. Boudin, insisté sur la nécessité d'ajouter au traitement un régime fortement nutritif. M. Mazière, se basant sur un résultat de son expérience, à savoir que l'alimentation ne modifie que très-médiocrement les effets de l'influence paludéenne, a laissé les malades qu'il a soumis aux préparations arsenicales, libres de faire à cet égard leur volonté. Nos lecteurs ont pu voir que M. Mazière n'avait pas

eu jusqu'ici à s'en repentir ; qu'ils nous permettent cependant de leur faire part de quelques scrupules qui nous sont venus sur ce point.

L'alimentation copieuse que M. Boudin donne à ses malades ne pourrait-elle pas agir autrement qu'en réconfortant et en nourrissant ? Nous avons essayé sur nous-même les préparations arsenicales, et nous avons été frappé des étroites limites dans lesquelles se maintient l'excrétion de cette substance par les urines. Que devient l'arsenic ingéré ? Va-t-il, comme l'ont pensé quelques personnes, s'accumuler dans les organes intérieurs, le foie, par exemple, d'où il s'élimine peu à peu ; ou bien s'échappe-t-il au dehors avec les débris des aliments ? Nous avons communiqué ces faits à M. Martin-Solon qui, pour éclairer la question, a fait examiner chimiquement, par M. Chevallier, les urines et les matières fécales de malades soumis à l'emploi des arsenicaux, et cet examen a montré que les deux tiers, au moins, de l'arsenic administré passent avec les matières fécales. L'alimentation pourrait donc avoir pour résultat de maintenir l'absorption des préparations arsenicales dans des limites modérées, ou du moins de prévenir les accidents que pourrait occasionner l'ingestion de doses aussi élevées que celles qui sont employées tous les jours par M. Boudin et par d'autres praticiens. Cette circonstance expliquerait encore comment les résultats obtenus par les observateurs ont été si différents ; les uns ayant eu des accidents pour quelques expérimentations peu nombreuses, les autres, et M. Boudin en particulier, n'ayant jamais trouvé le moindre inconvénient à ces préparations dans plusieurs milliers de cas. Enfin ne pourrait-on pas voir dans ce régime analeptique, aujourd'hui recommandé par M. Boudin, la cause des modifications importantes que ce médecin a été conduit à introduire dans la formule de la médication arsenicale ? A Marseille, il guérissait les fiévreux avec 2 centigrammes d'acide arsenieux. Actuellement, il en porte habituellement la dose à 4 ou 6 centigrammes. Tout n'a donc pas été dit sur l'influence du régime par le médecin en chef de l'hôpital du Roule.

En résumé, quoi qu'il en soit de l'influence du régime, que cette influence s'exerce sur la nutrition qu'elle rétablit, ou sur les fonctions digestives, qu'elle préserve contre l'absorption trop considérable de l'arsenic, toujours est-il que, dans l'état actuel de la question, il peut y avoir quelques inconvénients, pour ne pas dire de véritables dangers, à s'éloigner du mode d'administration proposé par M. Boudin. Quand il s'agit d'un médicament tel que l'arsenic, on ne saurait s'entourer de trop de précautions pour se mettre à l'abri des accidents. Que nos confrères veuillent bien ne jamais perdre de vue cette considération.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

AUNÉE (*Remarques sur le meilleur mode de préparation de l'extrait d'*). L'aunée (*Inula Helenium*, ou *Enula campana*) est l'une des plantes les plus importantes de la matière médicale indigène, et qui est loin de mériter la défaveur que Cullen et Alibert ont voulu jeter sur elle. Les anciens en tiraient de grands avantages dans le traitement des cachexies, de la chlorose, surtout de la faiblesse générale chez les jeunes filles non réglées; et les quelques expérimentations dont nous avons été le témoin dans les hôpitaux où on la prescrit nous ont prouvé qu'elle a une propriété incisive qui en rend l'usage précieux dans les catarrhes muqueux avec engorgement du poumon, et surtout lorsqu'une affection organique du cœur concomitante vient déterminer de la dyspnée. La valeur thérapeutique de cette plante, très-abondante en France, nous engage à consigner les quelques remarques suivantes sur la préparation de son extrait, mode d'administration le plus usité. Les extraits se préparent aujourd'hui mieux qu'ils ne se préparaient il y a quelques années, où l'on soumettait encore à une chaleur de 100 degrés les sucs exprimés des végétaux; cette manière d'opérer fournissait toujours des produits de couleur foncée et constamment altérés. Aujourd'hui, on fait macérer les parties utiles des plantes; on soumet ensuite au bain-marie les sucs ainsi obtenus. Mais ce procédé a aussi ses inconvénients, surtout pour l'extrait d'aunée. Si l'on traite les racines de cette plante par la digestion, les principes amers et les sels sont seuls obtenus; l'inuline, presque insoluble dans l'eau froide, reste dans la racine : traitées au contraire par l'ébullition, l'inuline se dissout en totalité. L'extrait d'aunée n'étant pas employé comme médicament amer, les praticiens n'auront recours avec avantage à cet extrait qu'autant qu'il aura été préparé en épuisant les racines par l'ébullition au moyen de la vapeur, puis en soumettant le décocté à l'évaporation au bain-marie. L'extrait obtenu par ce procédé est agréable et sucré. On obtient un produit d'une action plus certaine et plus constante, en préparant une petite quantité à la fois. (*Annales de la Société de Roulers*, 8ᵉ livraison.)

CACHEXIE SYPHILITIQUE (*Efficacité de l'huile de foie de morue dans un cas de*). Pour tous ceux qui ont eu à traiter des maladies syphilitiques, il n'est pas douteux que certains accidents, secondaires ou tertiaires, résistent aux préparations mercurielles, même à l'iodure de potassium. Cela a lieu surtout lorsque la constitution est profondément détériorée, lorsque les malades offrent les signes de la cachexie syphilitique. Alors, tant qu'on n'a pas rétabli l'état général, tant que les forces du malade ne sont pas revenues, c'est en vain que l'on prodigue les spécifiques. Si au contraire on suspend tout traitement spécial, si on envoie les malades à la campagne, si on les met à l'usage d'une alimentation substantielle, si on les soumet à l'emploi du quinquina ou du fer; autrement dit enfin, si l'on cherche à reconstituer l'organisme, on voit les ulcérations profondes, et jusque-là stationnaires, se cicatriser, les douleurs nocturnes disparaître, etc., en même temps que les forces et l'embonpoint reviennent, sous l'influence de cette médication reconstituante. L'huile de foie de morue, dont l'action sur l'embonpoint est si remarquable, devait être essayée sur des cas de ce genre ; et si nous pouvons conclure d'un fait publié dans les Mémoires de l'Académie de médecine de Madrid, par le docteur Vicente Mañas, son efficacité ne serait pas moindre dans la cachexie syphilitique que dans la cachexie tuberculeuse. Chez un malade de vingt-huit ans, dont la face était pâle et amaigrie, la peau jaunâtre, sèche et rude, qui portait sur la partie latérale gauche du cou une ulcération longue de deux pouces sur un et demi de largeur, au fond pâle, aux bords inégaux, tortueux et coupés à pic, sécrétant une sérosité d'une odeur désagréable et de couleur jaunâtre; chez lequel il y avait en outre des

douleurs nocturnes ostéocopes; qui avait perdu presque entièrement l'appétit; dont les digestions étaient difficiles et laborieuses; un traitement par la liqueur de Van-Swieten avait eu pour effet de calmer les douleurs; mais l'ulcération marchait toujours, malgré des cautérisations avec le nitrate d'argent et la pâte de Vienne. Plus tard, M. Mañas eut recours aux frictions mercurielles, aux tisanes de salsepareille et de gaïac; enfin, s'apercevant que l'ulcération du cou continuait ses progrès, ce médecin eut l'idée de traiter le malade comme atteint de cachexie. Il lui prescrivit une grande cuillerée, matin et soir, d'huile de foie de morue, deux cuillerées de sirop de Cuisinier, le lait d'ânesse, la promenade à cheval et une alimentation azotée. Il se contenta de faire couvrir l'ulcération avec un mélange de parties égales de cérat simple et de baume tranquille. Sous l'influence de ce traitement si simple, la cicatrisation se fit presque par enchantement : en vingt-cinq jours, le large ulcère du cou était complètement cicatrisé, et le malade ne conservait qu'un peu de faiblesse, due à la débilitation des fonctions digestives. Ces derniers accidents ont cédé parfaitement à l'usage du carbonate de fer et de l'extrait de quinquina. (*Gaçeta medica.*)

CHLOROFORME (*Traitement de l'orchite aiguë par l'emploi local du*). Nous n'avons cessé de le répéter depuis la découverte des agents anesthésiques, et en particulier du chloroforme, les applications de ces nouveaux moyens s'étendront chaque jour. L'événement vient largement confirmer nos prévisions. Aujourd'hui nous avons à parler des heureux résultats qu'on peut obtenir de l'emploi topique du chloroforme dans l'orchite blennorhagique, simple, et rhumatismale. M. le professeur Bouisson, auquel nous sommes redevables de cette ingénieuse application du chloroforme, a été conduit à cette découverte par ce qu'il avait observé dans un cas d'inflammation du testicule avec douleur excessive, et que n'avaient pu calmer ni le traitement antiphlogistique le plus actif, ni les sédatifs les plus énergiques employés localement. C'était un de ces cas dans lesquels quelques chirurgiens ont proposé de pratiquer le débridement de la tunique albuginée. Le chloroforme, appliqué sur le scrotum, du côté affecté, fit cesser les douleurs après quelques minutes, et la résolution du gonflement de l'organe ne tarda pas à s'opérer. A dater de cet essai, M. Bouisson n'a cessé d'employer le chloroforme dans ce traitement de l'orchite douloureuse, et il a pu vérifier un très-grand nombre de fois l'efficacité de ce nouvel agent thérapeutique. Ce chirurgien emploie particulièrement le chloroforme lorsque la souffrance est très-vive et qu'elle n'a point cédé aux applications de sangsues sur le cordon, à la saignée, aux bains et aux émollients appliqués sur la région malade. Il l'a mise en usage aussi, et exclusivement, dès le début de l'orchite, lorsque les premières douleurs se font sentir et que l'épididyme commence à s'engorger. Il peut agir alors comme abortif, et, en supprimant la douleur initiale, empêcher la fluxion dont le testicule est menacé. Il lui a paru aussi doué d'efficacité dans les engorgements chroniques du même organe, lorsque des douleurs névralgiques compliquent l'état morbide principal. Toutefois, c'est principalement dans l'orchite blennorhagique aiguë, commençante et confirmée, qu'il a en fait le plus fréquent et le plus favorable usage.

Une compresse pliée en plusieurs doubles est trempée dans le chloroforme ; on l'applique sur le scrotum, en ayant soin de bien envelopper le testicule affecté. La compresse est recouverte d'un morceau de taffetas gommé, et le tout est soutenu au moyen d'un large suspensoir. Toutes les trois heures on renouvelle l'application de cet appareil dans la première journée de son emploi, et on revient au chloroforme le lendemain, si on le juge convenable pour assurer l'effet de la narcotisation locale. Ce topique agit avec beaucoup d'énergie. Appliqué sur la peau fine et très-sensible du scrotum, son premier effet est de déterminer un sentiment de cuisson assez vif, mais de courte durée. Quelques minutes seulement marquent la durée de cette sensation pénible, pendant laquelle la peau rougit, surtout chez ceux qui ont cet organe délicat et sujet aux érythèmes ou à des mouvements fluxionnaires. Bientôt la douleur extérieure s'efface pour faire place à

un affaiblissement local de la sensibilité, qui ne tarde pas à se propager aux parties profondément situées, et au testicule lui-même. Des applications ultérieures soutiennent cette anesthésie artificielle, qui se produit malgré l'état inflammatoire de cet organe. Les douleurs sympathiques qui siégent à la région lombaire disparaissent en même temps, ainsi que celles du cordon, sur lequel on peut encore étendre l'action directe du chloroforme. La cessation de la douleur, surtout si elle est soutenue par de nouvelles applications, est le premier degré de la guérison de l'orchite; les autres symptômes locaux ne tardent pas à se modifier, notamment le gonflement de l'organe; et cet effet se produit quelle que soit la variété du siége du gonorrhéocèle, qu'il affecte l'épididyme, le testicule ou son enveloppe séreuse. Si l'effet local du chloroforme est convenablement aidé par des moyens internes, la résolution de la maladie se fait avec une promptitude remarquable; non-seulement la période douloureuse de l'orchite est abrégée, mais la durée de la maladie est au moins diminuée de moitié. Aussitôt que la marche rétrograde de l'orchite se manifeste, on peut suspendre le chloroforme; le retour vers l'état normal n'en continue pas moins à s'effectuer. M. Bouisson n'a pas observé que l'emploi topique du chloroforme, dans l'orchite, exposât particulièrement à la récidive ou à la métastase du côté opposé, ni aux indurations consécutives de l'épipidyme. Le seul effet accidentel auquel il expose consiste dans l'excès de rubéfaction produite sur la peau, et qui peut aller jusqu'à la formation de phlyctènes. Encore, dans ce cas, l'inconvénient de la fluxion exagérée de la peau est-il compensé par l'effet dérivatif qui en résulte par rapport au testicule. En résumé, conclut M. Bouisson, parmi les moyens de traiter les orchites aiguës et douloureuses, le chloroforme employé comme topique est l'un des plus efficaces. Son principal effet est de dissiper la douleur liée à l'existence de l'inflammation, par la rubéfaction qu'il détermine sur la peau; il diminue le mouvement fluxionnaire dirigé vers les parties profondes; il exerce une influence résolutive lorque son emploi est soutenu. En somme, il abrége la durée de la maladie, en même temps qu'il affaiblit l'acuité de ses symptômes. Enfin, c'est un moyen d'une utilité au moins évidente dans le traitement de la névralgie ilio-scrotale. (*Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique*, 1850.)

DOIGTS (*Exemple remarquable de réunion de grandes parties des) complétement détachées.* On ne sait pas assez avec quelle facilité certaines parties détachées du corps peuvent se réunir, même lorsque leur séparation date de quelques heures. Les doigts, les orteils, l'oreille, le nez, des lambeaux cutanés plus ou moins étendus, ont été réappliqués et ont repris, quoique la séparation eût été complète et datât d'un certain temps. Nous sommes heureux d'en faire connaître un exemple récent. Un homme qui coupait de l'herbe avec une faucille se fit, à la main gauche, une entaille très-profonde. L'instrument, qui avait glissé sur la face interne du pouce et la face externe de l'index, avait détaché au pouce une portion de l'ongle, les téguments, les muscles et une petite portion de la phalange; à l'index, un lambeau tégumentaire et musculaire seulement. Ce lambeau était resté par terre pendant deux heures. Il fut réappliqué quatre heures après l'accident, par un chirurgien, M. Denny, qui le trempa d'abord dans l'eau tiède, et le maintint en contact avec le collodion et des bandelettes agglutinatives. Immédiatement après cette application, les douleurs cessèrent. La réunion a été parfaite, sans suppuration et presque sans cicatrice. — Nous pouvons ajouter que nous-mêmes avons réappliqué, avec succès, une grande partie de la conque de l'oreille, entièrement detachée. (*The Lancet.*)

MÉTRORRHAGIE *rebelle après l'accouchement, guérie par la station verticale et un exercice modéré.* Le traitement des hémorrhagies puerpérales est nécessairement varié, comme la cause qui les produit et les entretient. Le séjour de la totalité ou d'une partie du placenta, l'inertie utérine, un état pléthorique, l'anémie, la présence de tumeurs intra-pelviennes ne réclament pas les mêmes secours; cela se comprend et n'a pas besoin de développement. Entre tous les moyens hémostatiques, le meilleur, bien qu'il

ne soit pas le plus énergique, est, sans contredit, la position horizontale, aidée du repos complet. Faites lever une femme en couches qui perd son sang par la matrice, vous augmenterez l'hémorrhagie, vous la rendrez mortelle; voilà ce qu'on lit dans les meilleurs traités d'accouchements, et ce qu'on a grandement raison d'éviter dans le plus grand nombre des cas. Mais il est, dans quelques circonstances exceptionnelles, des hémorrhagies lentes, chroniques, pour ainsi dire, que rien n'arrête, et qui paraissent liées à un état *asthénique* de l'utérus, où la position verticale et l'exercice pourraient être utiles. Nous n'en voulons pour preuve que l'observation suivante, recueillie dans le service de M. Bouchacourt, chirurgien en chef de la Maternité, par M. Chavanne, interne des hôpitaux de Lyon.

Obs. Rosalie C**, ouvrière en soie, âgée de vingt-six ans, enceinte de huit mois, entrée le 24 septembre 1849 à la Charité. Elle a été menstruée à dix-sept ans; les règles reviennent ordinairement toutes les trois semaines, peu abondamment chaque fois, et n'ont pas paru pendant la grossesse. Premier accouchement, à vingt-deux ans, sans accidents. Dans le mois d'avril dernier, elle fut prise d'un rhumatisme articulaire aigu, siégeant surtout dans le genou et le coude droits. Elle est restée dix-huit jours à l'hôtel-Dieu, et en est sortie à peu près guérie. Pendant son séjour à la Charité, rien de particulier ne se manifeste; la santé est bonne. Rosalie C*** est, du reste, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Le 27 octobre, à sept heures du soir, les douleurs surviennent; le travail ne présente rien de particulier, et se termine à une heure du matin par l'expulsion d'un enfant du sexe masculin, bien constitué, bien portant. La délivrance se fait spontanément, dix minutes après l'accouchement. Le placenta était d'une forme, d'une consistance normales. Un peu de sang s'écoula après sa sortie, comme il arrive toujours. Les lochies commencèrent à couler normalement, mais elles restèrent constamment sanguinolentes; il arriva que du sang à peu près pur s'écoula de la vulve. Cependant aucune douleur, ni dans l'hypogastre, ni dans les lombes. Le 4 novembre, huit jours après l'accouchement, les lochies sont encore mêlées d'une quantité notable de sang; néanmoins, l'état général est satisfaisant; il n'y a pas d'amaigrissement ni de pâleur, comme il arrive dans les pertes sanguines prolongées. La nouvelle accouchée n'accuse aucune douleur; les parois du ventre sont souples; en les déprimant, on sent, au niveau du pubis, le fond du globe utérin dévié à droite; son tissu est mou, mais cette mollesse est moindre que celle que l'on remarque dans les cas d'hémorrhagie interne. La malade garde toujours le repos au lit. Pas de constipation. On prescrit: tisane de grande consoude, gelée de coings; mélange: sirop de coings et sirop de ratanhia, āā, p. égal. Le 6, pas d'amélioration; la perte rouge continue. Rien de nouveau dans l'état général; le pouls n'est ni mou, ni dépressible; il est normal. On ajoute aux moyens précédents: une potion avec sirop de Rabel, 30 gram., et ergotine, 0,20 cent. Le 7, même état; ergotine, 0,30 centigr.

Le 9, persistance de la perte. On augmente la dose: ergotine, 0,50 c. Le 12 la métrorrhagie n'a pas diminué. L'utérus semble tombé dans un sommeil profond et peu disposé à revenir sur lui-même. M. Bouchacourt conseille à la malade, qui, jusqu'à ce jour, a gardé le repos le plus complet au lit, de se lever un peu dans la journée. On espère que la station debout excitera favorablement l'utérus, et provoquera sa rétraction si retardée. Le 13, Rosalie C. est restée levée, hier, pendant une demi-heure, et aujourd'hui elle nous apprend que sa perte a diminué. On suspend tous les remèdes. Les jours suivants, la malade fait peu à peu un exercice modéré; ses forces renaissent; elle a bon appétit et va bien à la selle. La perte rouge se tarit sensiblement. Le 20, quelques gouttes de sang seulement tachent son linge. Elle demande son *exeat*; on le lui accordera bientôt. Le 21, pas de traces d'écoulement depuis hier; le toucher pratiqué permet de reconnaître que le col utérin s'est durci et est à peu près complétement fermé. La matrice paraît encore grosse, mais elle est dure et n'est, d'ailleurs, le siége d'aucune douleur. Rosalie C. part.

La station verticale et le mouvement ont-ils agi en comprimant l'u-

térus, en l'affaissant et le resserrant par son propre poids, suppléant ainsi, d'une manière en quelque sorte mécanique et artificielle, au retrait vital de ses parois sur elles-mêmes ? La circulation sanguine ne se serait-elle pas trouvée, par ce même moyen, activée et régularisée dans les capillaires et les sinus utérins ? Tout porte à le croire. Quoi qu'il en soit de la théorie, le fait est là. Les autres moyens, tels que les astringents, l'ergotine, les toniques, avaient échoué. La position verticale et l'exercice, proscrits rationnellement en pareil cas, ont réussi. Ce résultat nous semble digne d'attention et renferme une vue thérapeutique nouvelle qui pourra recevoir d'autres applications. (*Gazette médicale de Lyon*, n° 22.)

PLAIES (*Sur la cicatrisation des*) *dans la cavité utérine*. Le titre de cet article surprendra beaucoup de nos lecteurs : ils se demanderont comment le fœtus situé dans la cavité utérine, au milieu du liquide amniotique, peut présenter une plaie de quelque étendue, à moins de quelques sévices directs. La science compte déjà cependant un bon nombre de cas d'amputations d'un membre ou d'une extrémité, survenues dans la cavité utérine, et dont on trouvait, à la naissance, la surface cicatrisée, ou en voie de cicatrisation ; mais on n'avait jamais, jusqu'ici, observé de plaie superficielle, cicatrisée dans une partie de son étendue, et en voie de cicatrisation dans le reste. Ces sortes de plaies ne s'expliquent pas comme les autres par l'enroulement du cordon ; et il faut bien admettre que des causes parfaitement inconnues peuvent produire ces sortes de plaies. M. Jones vient de publier le fait d'un enfant mâle, né à terme, qui portait sur le dos, depuis la troisième vertèbre dorsale, en traversant l'omoplate jusqu'auprès du coude droit, une plaie cicatrisée dans le tiers interne de son étendue, et couverte de bourgeons charnus de bonne nature dans deux autres tiers. Pour expliquer cette plaie, on ne pouvait faire intervenir qu'une petite chute que la mère avait faite dans l'escalier, six semaines avant la délivrance. Sous le point de vue médico-légal, ce fait est encore d'une haute importance : car si l'on observait sur des enfants exposés ou mort-nés, des altérations de même nature, on pourrait être tenté de rapporter à un crime ce qui serait seulement le résultat d'un travail morbide survenu dans la cavité utérine. On voit d'ailleurs que la présence de l'eau de l'amnios n'empêche pas la cicatrisation de se faire. (*London medico-chirurgical Transactions*, t. 32, 1849.)

SYPHILIS. *De son mode de contagion médiate et quelques réflexions sur sa prophylaxie*. Parmi les graves questions que soulève l'histoire de la syphilis, il n'en est peut-être pas de plus obscure et en même temps de plus importante que celle du mode de propagation de la maladie. — Les accidents syphilitiques primitifs se reproduisent-ils avec les mêmes caractères qu'ils offrent chez la personne qui a été le point de départ de l'infection ? ou bien ces accidents peuvent-ils se substituer les uns aux autres ? Éclairée par les travaux relatifs à l'inoculation, de M. Ricord, cette question laisse cependant encore plusieurs points à résoudre. La contagion s'opère-t-elle toujours par un contact médiat, et ne peut-il pas arriver que le virus déposé sur une muqueuse saine y soit repris, et devienne le point de départ de la syphilis chez un individu qui, par le fait, n'a pas communiqué avec une personne véritablement infectée ? Le virus ne peut-il pas rester un certain temps à la surface d'une muqueuse sans l'intéresser ? ne peut-il pas y être transporté par des corps inertes avec toutes ses propriétés ? Plusieurs anciens auteurs l'avaient pensé, et M. Ricord a, de nos jours, soutenu cette opinion ; mais elle ne reposait encore sur aucun fait d'observation rigoureuse. A ce titre, les résultats suivants, communiqués par M. Cullerier à la Société de chirurgie, nous paraissent de nature à éclairer la question.

Obs. I. La nommée Louise V..., âgée de seize ans, est entrée à Lourcine le 16 octobre 1848. Elle portait dans chaque aine une ulcération à caractères évidemment syphilitiques. La maladie datait d'un mois. Il n'y avait eu aucun traitement, et il existait une violente inflammation de la peau du ventre et de celle de la partie supérieure des cuisses. (Bains, cataplasmes, repos.) Lorsqu'on put examiner les parties génitales, on ne vit d'ulcération ni

à la vulve, ni à l'anus; le vagin était rouge et laissait écouler un liquide mucoso-purulent abondant; le col utérin était sain. (Pansement des ulcérations chancreuses avec de la charpie imbibée de vin aromatique; injections dans le vagin avec une solution d'alun.) Six semaines après l'entrée de la malade, les ulcérations étaient diminuées de moitié, la vaginite amendée. Le 25 novembre, après un nouvel examen attentif du vagin, et après s'être assuré que le liquide secrété dans cet organe n'était pas inoculable, M. Cullerier recueillit sur une spatule le pus d'un des chancres inguinaux, et il le porta dans le vagin. La malade marcha pendant trente-cinq minutes, et après ce temps on mit sur une lancette une certaine quantité de l'humidité vaginale, et on fit une noculation sur une des cuisses de la malade. On lava ensuite à grande eau tout le vagin et la vulve, et après avoir essuyé, on fit une injection avec de l'eau fortement aluminuée. Quarante-huit heures après, la piqûre de l'inoculation avait donné lieu à la pustule la plus caractérisée; le lendemain, M. Cullerier la détruisit à l'aide du caustique de Vienne. Rien absolument ne parut au vagin. Deux mois après, la malade quittait l'hôpital, parfaitement guérie des accidents syphilitiques qu'elle présentait.

Obs. II. Célestine X...., âgée de vingt-quatre ans, entrée le 28 novembre 1848 à Lourcine, portait à l'aine droite un bubon ulcéré datant de deux mois, qui, suivant elle, avait succédé à un petit bouton qui n'avait duré que quelques jours, et qui siégeait sur la face interne d'une des grandes lèvres. On ne voyait aucune trace de cet accident. La vulve, le vagin, le col utérin, l'anus, sont à l'état tout à fait normal. L'aspect de l'ulcération de l'aine était tel, que M. Cullerier la considéra comme évidemment syphilitique. Dès le lendemain, le pus du bubon, pris avec une spatule, fut porté dans le vagin aussi haut quo possible. La malade marcha près d'une heure; puis on fit là même opération déjà rapportée dans l'observation précédente. On eut recours aux mêmes lavages et aux mêmes précautions. Dès le lendemain apparaissait la pustule caractéristique que l'on détruisait quarante-huit heures après; on surveilla ensuite pendant quelques jours la vulve, le vagin, et le col utérin, mais rien n'y parut, le mal resta borné à l'aine.

Ces deux faits semblent donner à la contagion médiate une confirmation absolue. M. Cullerier les fait suivre de considérations intéressantes sur la prophylaxie de la syphilis, et pour lui, le seul moyen prophylactique vraiment efficace consiste dans le lavage à grande eau, avec ou sans addition de substances étrangères, après un coït suspect; et rappelant que M. Ricord a dit que les maladies vénériennes seraient moins fréquentes si les femmes étaient plus propres, il ajoute: Elles seraient plus rares encore si les hommes étaient plus soigneux et moins confiants. Plus soigneux, cela va sans dire, puisque, s'il est démontré que du pus peut séjourner impunément pendant un certain temps dans les replis du vagin, il faut admettre qu'il en est ainsi pour les replis du prépuce; moins confiants, parce que nous savons tous que beaucoup de malades, gens du monde, ont peine à se persuader qu'ils peuvent être trompés par les femmes avec lesquelles ils ont des rapports, et qu'alors ils ne prennent pas après le coït la précaution de toilette qu'ils prendraient avec des femmes qui leur seraient vraiment suspectes. On peut encore de ces deux faits tirer la conséquence que le virus syphilitique peut être transporté dans les parties par des agents inertes et y produire l'infection. On avait élevé des doutes sur le mode de transmission, parce qu'on prétendait que le pus virulent avait besoin de la chaleur vitale pour conserver sa propriété contagieuse. M. Ricord avait déjà pu conserver plusieurs jours entre deux verres du pus chancreux, et produire un chancre par l'inoculation de ce virus ainsi conservé. M. Cullerier a fait des expériences semblables, avec des résultats analogues. Il a pu même une fois enlever du pus chancreux et le laisser dessécher sur un verre à l'air libre pendant quarante-huit heures, et après ce temps, en le délayant avec un peu d'eau tiède, il a produit un chancre, en l'inoculant. Remplacez maintenant, dit M. Cullerier, ce verre par un verre à boire, une cuiller, une fourchette, un tuyau de pipe, par des vêtements, un vase

de nuit ou l'ouverture des lieux d'aisance, et l'on pourra voir se produire une infection par contagion médiate. Je suis convaincu, dit en terminant M. Cullerier, que des faits analogues ne sont pas rares, et que souvent ils sont l'origine de certaines observations données comme exemples de contagion de la syphilis constitutionnelle, de même que, dans quelques circonstances de contagion médiate par le vagin, on a pu donner comme preuve de l'identité du chancre et de la blennorhagie des faits physiologiquement semblables à ceux que j'ai produits par l'expérimentation.

ULCÈRES ATONIQUES (*Des applications topiques d'éther sulfurique dans le traitement des*). Dans le traité remarquable qu'il vient de publier sur la méthode anesthésique appliquée à la chirurgie et aux différentes branches de l'art de guérir, M. le professeur Bouisson signale encore un traitement des ulcères atoniques, mis en usage depuis longtemps à l'hôpital Saint-Eloi, et qui consiste dans l'emploi topique de l'éther sulfurique. Employé de cette manière, l'éther, indépendamment de ses propriétés sédatives, agit par une influence tonique, due à la réfrigération qu'il produit en s'évaporant; il possède une utilité spéciale pour la dessiccation des surfaces humides avec lesquelles il est mis en contact. Sur deux malades que M. Bouisson a traités dernièrement, l'un pour une plaie de la cuisse, résultant de brûlure et datant de deux mois, l'autre pour ulcère de la région abdominale, d'origine primitivement vénérienne, qui avait résisté à tous les traitements externes ou internes; la guerison est survenue dans l'espace de quinze jours, en pansant ces solutions de continuité avec de la charpie trempée dans l'éther sulfurique, et renouvelée trois fois par jour. — Telle est la simplicité de ce moyen, tel est le bas prix de la substance employée, que nous n'hésitons pas à recommander à nos lecteurs cette médication, dans les cas où les moyens ordinaires de traitement ne réussiraient pas.

VALÉRIANATES (*Note sur les moyens de reconnaître les falsifications des*). Dans ces dernières années, les valérianates ont pris une place très-importante dans la thérapeutique de plusieurs affections nerveuses. Ces préparations ayant toujours été d'un prix élevé, de nombreuses falsifications ont été faites par le commerce. Ainsi on a substitué aux valérianates de fer du citrate et du tartrate de fer, aromatisé de quelques gouttes d'huile essentielle de valériane; au valérianate de zinc, de l'acétate de zinc, ou même du butyrate de cette base, aromatisé de la même manière; enfin au valérianate de quinine, du bisulfate de cette base, avec un peu d'huile essentielle de valériane.

Il importe donc de faire connaître les véritables caractères auxquels on peut distinguer les véritables valérianates et les sophistications qu'on leur a fait subir.

Le premier et le plus important caractère des valérianates, c'est leur odeur acide, désagréable, et très-persistante, bien différente de l'odeur pénétrante de la valériane, qui se retrouve, au contraire, dans les faux valérianates additionnés d'huile essentielle de valériane.

Le vrai valérianate de fer est presque entièrement insoluble dans l'eau. Le valérianate de quinine ne se dissout qu'avec difficulté dans l'eau bouillante et fournit des globules huileux; tous deux sont entièrement solubles dans l'alcool. Le faux valérianate de fer est complétement soluble dans l'eau, surtout si l'on aide cette solution par la chaleur; il est insoluble dans l'alcool. Le faux valérianate de quinine est soluble dans trente parties d'eau bouillante. A mesure que la solution se refroidit, elle laisse déposer des cristaux aciculaires, qui présentent le goût amer et les autres caractères du bi-sulfate de quinine.

Les vrais valérianates, mélangés à l'acide hydrochlorique un peu étendu d'eau, sont décomposés : l'acide valérianique, mis à nu, s'élève à la surface sous forme de globules huileux. Pour obtenir ce résultat, il faut agir au moins sur 25 ou 50 centigrammes de sel, et ne pas employer d'acide trop dilué, car l'acide valérianique est soluble dans trente parties d'eau. L'acide valérianique a une odeur acide, désagréable, persistante, qui diffère très-notablement de celle de l'huile essentielle de valériane. Quant aux faux valérianates, si on y ajoute de l'eau, on voit nager à la surface du liquide

une couche mince d'huile, que l'on reconnaît facilement pour l'huile essentielle de valériane. En chauffant, l'huile essentielle se volatilise, sans que le sel se décompose ; en le traitant par l'acide hydrochlorique étendu d'eau, on n'obtient pas d'acide valérianique.

Mélangés avec un peu d'alcool rectifié, et le quart de leur volume d'acide sulfurique, les véritables valérianates fournissent de l'éther valérianique, dont l'odeur agréable rappelle celle de la pomme de pin, mais que l'on distingue assez difficilement de l'éther butyrique. Les faux valérianates ne donnent pas d'éther valérianique; le faux valérianate de zinc, traité de la même manière, fournit de l'éther acétique.

Enfin il est un caractère qui n'appartient qu'aux véritables valérianates : c'est celui de fondre, de fournir de l'acide valérianique pur, sous l'influence de la chaleur, puis de brûler avec une flamme lumineuse et une odeur très-désagréable ; tandis que les faux valérianates ne fondent pas, ne fournissent pas d'acide valérianique pur, ne s'enflamment que difficilement, et sans odeur désagréable.

Telles sont, avec la substitution du butyrate de zinc au valérianate, les sophistications les plus fréquentes des sels de valériane. MM. Laroque et Hurault ont donné, il y a quelques années, le moyen de distinguer l'acide butyrique de l'acide valérianique, au moyen d'une solution concentrée d'acétate de cuivre, qui fournit dans l'acide butyrique un beau précipité bleuâtre, tandis que dans l'acide valérianique on obtient des globules huileux de valérianate anhydre de cuivre. Mais il est encore des sophistications poussées plus loin : ainsi, un échantillon de prétendu valérianate de fer ne contenait ni citrate, ni tartrate, ni acétate de fer; seulement une poudre brune, insoluble dans l'eau et dans l'alcool, exhalant l'odeur d'acide valérianique.

En terminant, nous devons dire que la sophistication est d'autant plus difficile à reconnaître, que l'on a mélangé de véritables valérianates à des faux. Jusqu'ici cependant, ces mélanges ne sont pas communs dans le commerce; et le prix élevé des valérianates a fait que les fabricants ont plutôt vendu des substances étrangères que des valérianates mélangés.

VARIÉTÉS.

Le gouvernement s'est décidé à payer à nos confrères des départements la dette qu'il avait contractée envers eux pour les services qu'ils ont rendus et le dévouement qu'ils ont montré pendant le cours de l'épidémie cholérique. Les ravages ont été grands ; car, dans le rapport officiel qu'il vient d'adresser au président de la République, M. Dumas, le nouveau ministre de l'agriculture et du commerce, n'évalue pas les pertes de la France à moins de 75,000 décès, savoir : 19,000 à Paris, près de 4,000 dans la banlieue, et plus de 52,000 dans les départements.

Le défaut d'espace nous empêche de publier les noms de tous nos confrères qui ont reçu une médaille d'honneur. Voici la liste des promotions qui ont été faites dans l'ordre de la Légion-d'Honneur : Ont été nommés officiers, MM. Tavernier, d'Amiens ; Récappé, d'Argenteuil (Seine-et-Oise); chevaliers, MM. Alexandre, à Amiens; Arnal, à Paris; Baudelio, à Lorient; Benoit, à Talmont; Bonamy, à Nantes; Bonlland, à Sainte-Menehould ; Bressant, à Paris: Brigandat, à Lille; Brochard, à Nogent-le-Rotrou; Butand, à Saujon; Caillat, à Paris; Chaudouet, à Linas; Cherest, à Paris; Clémenceau, à Montjean (Maine-et-Loire); Couraux, médecin cantonal pour le canton de Ville (Bas-Rhin); Delpech ; Demeunynck, à Bourbourg; Denone père, à Lormès ; Garez, à Carvin; Garnier; Eugène Gillois, à Dornecy ; Grappin, à Dijon; Gras, à Toulon; Haime, à Tours ; Hurteaux; Labesse, à Rhetel; Lallier; Lasègue ; Lebreton, à Douarnenez ; Lecadre, au Havre; Leroy des Barres ; Manouvrier, à Valenciennes ; Missa, à Soissons ; Moreau (Alexis); Perrochaud, à Montreuil-sur-Mer ; Picard aîné, à Louviers ; Souchard ; Testu, à Lens ; Vésigné, à Abbeville ; de Villiers; Vivielle, à La Rochelle ; Woilez, à Clermont ; de Wulf; Prassacachi, à Salonique (Grèce); Villemin, médecin sanitaire en Orient.

Des promotions ont été faites également dans la Légion-d'Honneur parmi les officiers de santé de la marine, qui ont fait preuve de dévouement pendant la durée de l'épidémie qui a sévi si cruellement à Rochefort. Ont été nommés : commandeur, M. Lepredour, premier médecin en chef de la marine; officiers, MM. Mougeat, premier médecin en chef; Reynaud, premier chirurgien en chef; Lefévre, second médecin en chef; et MM. Duval et Mayer, seconds chirurgiens en chef; chevaliers, MM. Bretel, Liautard et Beau, chirurgiens de première classe; Rivaud, Pichaud, Augier, le Houelleur, Leconte, Gueit, Lecontour et Thiery, chirurgiens de deuxième classe; M. Lallous, chirurgien de troisième classe; MM. Cornu et Hiriard, pharmaciens de troisième classe. En outre, des témoignages de haute satisfaction ont été adressés à MM. Bluche, médecin; Glou-Villeneuve, Reveillon, Rassy, Pommier, Richer-Desforges, chirurgiens; et MM. Fradin, Meunier de Fayolle, élèves de l'école de médecine de Rochefort.

Notre honorable confrère M. Rayer, membre de l'Institut, a été élu vice-président de l'Académie des sciences.

M. Récamier, membre de l'Académie de médecine, doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu de Paris, ancien professeur à la Faculté de médecine de Paris et au Collége de France, vient d'être nommé officier de l'ordre de la Légion-d'Honneur. M. Récamier était chevalier de l'ordre depuis le 19 août 1823.

L'appel que nous avons fait à nos confrères, relativement à l'organisation de l'assistance publique en France, a été entendu. La Société académique de la Loire-Inférieure a mis au concours, pour l'année 1850, la question suivante : « Quels seraient les moyens les plus efficaces, et en même temps les plus économiques d'organiser la médecine des pauvres dans les villes et dans les campagnes. » Le prix est une médaille d'or de la valeur de 300 francs.

Le nombre des élèves a augmenté cette année d'un tiers dans la Faculté de médecine de Montpellier, comme dans celles de Paris et de Strasbourg.

Notre honorable confrère, M. le docteur Jobert (de Lamballe), chirurgien de l'Hôtel-Dieu, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique.

M. Lafon, médecin en chef de l'hospice des Incurables (femmes) et de l'hospice Villas, vient de mourir à Paris, dans sa quatre-vingt-sixième année. C'était le doyen des médecins des hôpitaux, et il est mort encore dans l'exercice de ses fonctions.

On assure qu'un plan de réorganisation des officiers de santé de la marine vient d'être présenté à M. le ministre de la marine, et qu'une sous-commission a été nommée pour l'examiner.

Les journaux allemands annoncent la mort de l'illustre médecin de Munich, le professeur Walther, décédé le 29 décembre après une courte maladie.

L'administration des hôpitaux de Lyon vient de retirer aux médecins suppléants des hôpitaux de cette ville le service médical de l'hospice du Perron, contrairement aux réglements et aux droits acquis par le concours. Les médecins des hôpitaux ont adressé des réclamations à MM. les administrateurs, qui ont passé outre, en désignant M. Aillaud, médecin à Oullins, pour remplir les fonctions de médecin de l'hospice du Perron. Nous engageons nos confrères à porter leurs réclamations devant l'autorité supérieure.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

COUP D'ŒIL SUR NOS TRAVAUX.

(Suite et fin (1).)

Les travaux purement médicaux que le *Bulletin général de Thérapeutique* a publiés pendant le cours de l'année qui vient de s'écouler ont exigé, pour être exposés dans notre dernier numéro, un espace trop étendu, pour que nous ayons pu ajouter à ce résumé le travail analogue qu'appellent non moins impérieusement nos publications chirurgicales : c'est ce résumé annuel que nous nous proposons de compléter aujourd'hui, en nous bornant pour la chirurgie, comme nous l'avons fait pour la médecine, à rappeler ceux de nos travaux chirurgicaux qui sont empreints de l'originalité la moins contestable, et qui tendent à diriger la pratique dans une voie aussi sûre que féconde.

La question qui, en chirurgie, prime encore aujourd'hui toutes les autres questions, est sans aucun doute l'application des agents anesthésiques aux opérations. Dès que l'importante découverte du médecin américain fut connue en Europe, les uns l'accueillirent avec enthousiasme, les autres avec un esprit de doute qui, pour être plus philosophique, n'en reçut pas moins bientôt un éclatant démenti. Aujourd'hui cette question, considérée au point de vue de la généralité des applications qu'elle embrasse, est irrévocablement résolue, *l'éthérisation sera désormais une vérité*. Mais des questions secondaires se placent à côté de cette question fondamentale résolue : par exemple, est-il démontré, comme quelques-uns le prétendent, que cette méthode adjuvante de toute chirurgie éclairée soit d'une innocuité absolue? S'applique-t-elle également aux opérations pratiquées chez les enfants? s'applique-t-elle avec avantage à l'art obstétrical? Cette méthode, enfin, en tant qu'il s'agit de chirurgie même, n'a-t-elle que la vertu d'endormir la douleur, et ne peut-elle s'appliquer également avec avantage au traitement de quelques traumatismes externes, qui ont droit aux bénéfices que leur offrent les chances de la médication topique? Telles sont les questions qui se posent à propos de l'éthérisation. Nous nous sommes efforcés de les résoudre par une série de travaux dont nos lecteurs n'ont pas manqué de sentir l'importance. C'est ainsi que nous avons démontré, par des faits authentiques, que l'éthérisation a des dangers qu'il est impossible de nier aujourd'hui :

(1) Voir la livraison du 15 janvier, page 5.

nous avons rapporté un Mémoire de M. Robert, qui ne laisse pas subsister le plus léger doute à cet égard ; toutefois, hâtons-nous d'ajouter que ces dangers se réalisent extrêmement rarement, mais que les chances périlleuses suffisent cependant pour que tout praticien prudent ne recoure à cette méthode que dans les grandes opérations, et s'en abstienne complétement dans les ouvertures d'abcès, l'extraction de dents, etc. Telles sont les règles que nous nous sommes efforcés de poser relativement à la question de l'innocuité de l'éthérisation.

L'application de l'éthérisation à la chirurgie pratiquée chez les enfants, comme à l'art obstétrical, a également appelé sérieusement notre attention ; et nous n'avons pas hésité à étendre à ces deux branches de de l'art chirurgical les bénéfices de l'immortelle découverte de Jackson ; ici encore, toutefois, fidèles à l'esprit de prudence qui nous dirige constamment dans nos appréciations scientifiques, nous avons posé quelques règles auxquelles l'éthérisation doit être soumise dans les cas particuliers dont il s'agit. Enfin, il n'est pas jusqu'à l'emploi de l'éther ou du chloroforme, comme médication topique dans quelques traumatismes externes, dont nous n'ayons signalé quelques heureuses applications.

Bien que l'éthérisation ait à nos yeux une grande importance, et que, ainsi qu'on vient de le voir, nous lui ayons accordé dans nos colonnes une place égale à son importance, nous n'avons pas voulu cependant que notre cadre souffrît de l'introduction de cette question dans la pratique chirurgicale, et nous avons tenu à ce qu'il présentât la même variété d'enseignement aux lecteurs du *Bulletin général de Thérapeutique* ; il nous suffira de faire une récapitulation rapide des principaux travaux que nous avons successivement publiés, pour justifier cette assertion.

Nous signalerons tout d'abord un travail original fort étendu de M. Jobert (de Lamballe) sur l'une des plus heureuses applications de l'autoplastie. M. Jobert est sans aucun doute l'un des chirurgiens les plus remarquables de ce temps-ci : originalité et hardiesse de conception, habileté manuelle rare, sagacité de diagnostic à laquelle l'événement ne donne presque jamais un démenti, telles sont les qualités que chacun se plaît à reconnaître dans le nouveau chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Dans le Mémoire sur l'autoplastie par glissement appliquée au traitement des fistules vésico-vaginales, dont M. Jobert a enrichi notre journal, on voit briller, nous pouvons le dire hautement, les traits principaux du talent de ce chirurgien distingué. Il suffira de se rappeler le jugement que l'on portait en général dans la pratique sur la lésion dont il s'agit, avant que M. Jobert en eût fait l'objet

de ses recherches éclairées, pour donner son assentiment au jugement que nous venons de porter sur le travail si remarquable que le *Bulletin de Thérapeutique* a inséré dans ses colonnes. A côté de ce travail, nous placerons celui que nous avons publié sur la doctrine professée par M. Velpeau sur une espèce d'arthropathie particulière à l'épaule. Si les idées qui sont au fond de cette doctrine brillent moins par l'originalité que celles du chirurgien de l'Hôtel-Dieu, on est forcé d'admettre qu'elles sont plus utiles peut-être au point de vue pratique, parce qu'elles sont d'une application plus générale. Nous rappellerons surtout ici l'influence heureuse des frictions térébenthinées, déjà préconisées par M. Rayer, pour réveiller la vie dans les masses musculaires qui enveloppent l'articulation, et qui par suite de l'action morbide ont été frappées d'une atrophie qui en paralyse complétement le mouvement.

Quoique l'idée générale de traiter certains organes malades par l'exercice de leurs fonctions n'ait pas encore été formulée en système, on en trouve de nombreux exemples dans la pratique de la médecine. Depuis longues années déjà, nos lecteurs le savent, M. Bonnet, de Lyon, a mis en relief les applications heureuses que la thérapeutique chirurgicale pouvait en retirer. Cet habile chirurgien a continué de poursuivre ses recherches sur ce point, et nous avons pu signaler un nouveau progrès dans cette voie, en publiant une analyse étendue de son Mémoire sur l'utilité des appareils de mouvement dans le traitement des maladies articulaires.

M. Robert, dont nous avons eu déjà occasion de parler, a traité une question dont tous les praticiens attentifs ont dû tout d'abord sentir l'importance, nous voulons parler des kystes séreux et interstitiels de la mamelle. Cette lésion, par le siége qu'elle occupe, et quelquefois par la forme insidieuse qu'elle revêt, a embarrassé plus d'un praticien : M. Robert s'est attaché à en préciser le diagnostic, et a en même temps décrit, avec sa manière lucide d'exposer les choses, la méthode opératoire qu'il convient de suivre pour emporter le mal.

Nous ne ferons que rappeler les Mémoires insérés dans le journal sur un traitement nouveau du phymosis et du paraphymosis, méthode opératoire mixte qui emprunte à la fois à l'incision, l'excision, et la circoncision, et qui paraît devoir rendre plus sûrs les résultats définitifs de l'opération ; sur les rétrécissements de l'urètre, par M. Béniqué, qui déjà a tant fait pour le perfectionnement de la pratique à propos des questions délicates que soulève cet ordre de lésions ; sur les tumeurs pédiculées de la peau et du tissu cellulaire, maladie simple pour laquelle cependant on ne choisit pas toujours la méthode opératoire la plus rationnelle, et dont il était utile de fixer le traitement, tel que

l'indique la pratique la plus saine; sur le traitement le plus sûr à appliquer à l'hémorrhagie ombilicale après la chute du cordon, etc., etc.

M. Alquié a inséré dans le *Bulletin général de Thérapeutique* deux Mémoires, dont il suffit de rappeler les titres pour en faire saillir tout l'intérêt; ces Mémoires sont relatifs, l'un au délire nerveux à la suite des fractures de la jambe, l'autre à l'extraction des corps fibreux dans les articulations par la méthode sous-cutanée; cette dernière application d'une méthode toute moderne, et dont les chirurgiens commencent à saisir l'importance à travers les exagérations évidentes de ses premiers promoteurs, peut avoir d'incontestables avantages. Dans l'autre Mémoire, dont nous venons d'indiquer le titre, l'auteur, se laissant guider par la haute sagacité du professeur Lallemand, s'attache à distinguer le délire sympathique, nerveux proprement dit, tel que Dupuytren l'entendait, du délire symptomatique déterminé par l'action anormale des fragments osseux sur les cordons nerveux qui les touchent : ici l'opium à haute dose échoue complétement; et l'auteur propose hardiment, dans ces cas, ou l'amputation, ou l'excision du nerf. Il y a là une idée saine qu'il faut savoir saisir sous la formule, un peu hardie peut-être, qui l'exprime. Nous signalerons, à la suite de ce travail, celui d'un jeune accoucheur dont le nom n'est pas inconnu dans la science, M. Depaul; ce travail a pour but d'établir l'utilité de la saignée et d'un régime débilitant comme méthode préventive dans certains vices de conformation du bassin. Les praticiens sages ne sauraient trop applaudir aux recherches qui se proposent un pareil but. Rien de plus grave que l'opération que nécessitent les cas de dystocie dont il s'agit en ce moment; rien de plus sensé et de plus conforme à l'esprit de toute saine chirurgie, que de s'efforcer de prévenir ces interventions périlleuses de l'art. M. Depaul n'a pas sans doute résolu complétement la question qu'il s'est posée, il n'avait pas de matériaux suffisants sous la main pour arriver d'emblée à une si importante solution; mais il a préparé celle-ci, et il a justifié à l'avance le praticien sage qui, pour arriver au même but, recourrait, dans de prudentes limites, à cette méthode.

MM. Nélaton et Vidal ont également abordé, dans les colonnes du journal, des questions dont la solution n'importe pas moins à la sécurité de la pratique de tous les jours. Le premier s'est occupé de la luxation de la mâchoire, a mieux étudié qu'on ne l'avait fait avant lui les conditions de cette luxation, et est arrivé par là à proposer un moyen de réduction que personne ne doit ignorer. Le second, admettant la supériorité des sutures dans le traitement des divisions chirurgicales qui exigent un affrontement mécanique, mais reconnaissant les

inconvénients des sutures proprement dites, propose un moyen de contention nouveau, qu'il obtient à l'aide d'un instrument fort simple, qu'il désigne sous le nom de *serre-fine*. Ce moyen, tout simple qu'il paraisse, fait honneur à la sagacité de l'auteur, et deviendra un progrès dans la syndérèse chirurgicale.

On a proposé, dans ces derniers temps, une méthode fort ingénieuse pour obtenir l'oblitération des poches anévrysmales ; cette méthode consiste dans l'application de la galvano-puncture aux tumeurs de cet ordre : c'est M. Pétrequin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui a conçu cette ingénieuse idée, et qui l'a soumise tout d'abord au jugement de l'Institut. Notre recueil a publié un travail original de l'auteur lui-même sur cette question intéressante ; nous sommes bien convaincus que nos lecteurs n'ont pas manqué de le distinguer. Cette méthode nouvelle est surtout avantageuse en ce sens que son application n'exige pas de la part du médecin l'habitude chirurgicale, et qu'elle peut ainsi aspirer légitimement à devenir plus générale. Un point important que nous avons signalé en l'appuyant sur l'expérimentation clinique, c'est qu'en combinant la galvano-puncture avec la compression, on n'était point forcé d'élever à un aussi haut degré la tension électrique, ni de maintenir le courant pendant un temps aussi long. En agissant ainsi, on se met à l'abri des accidents qui, un instant, sont venus compromettre la méthode du savant chirurgien de Lyon.

L'histoire des découvertes faites en ces dernières années fournirait de belles pages à tracer : il n'est pas de notre sujet de le tenter ; car, forcés de suivre au jour le jour de leur apparition chacune d'entre elles, au lieu du rôle de panégyriste, c'est le rôle de critique qui le plus souvent nous est imposé. Les inventeurs se laissent en effet le plus souvent entraîner au delà des limites du vrai, et exagèrent presque toujours les services que l'on peut attendre des nouveaux moyens dont ils viennent doter l'art. Ainsi, à côté de l'immense découverte des agents anesthésiques, sont venus se grouper des inventions plus modestes qui, dans une sphère sagement limitée, ont concouru aux progrès de la pratique ; à la dextrine nous avons eu à ajouter le collodion, à l'ivoire flexible, le gutta-percha et le caoutchouc vulcanisé.

Tout le monde enfin se rappelle la grande discussion qui a eu lieu naguère à l'Académie nationale de médecine sur les maladies de l'utérus. Nous avons suivi avec attention cette discussion, à laquelle se sont mêlés les hommes les plus compétents, et nous nous sommes efforcés d'en signaler les points les plus importants. Cette discussion n'aura pas été complétement inutile, quoique l'objet en litige n'ait pas tou-

jours été nettement défini ; elle tend à imprimer à la pratique une marche plus rationnelle.

Ajouterons-nous à tout ce qui précède qu'à côté des grandes questions que nous venons de rappeler, nous avons placé une foule de cas chirurgicaux intéressants, pris soit dans les hôpitaux, soit dans la clientèle de la ville, ou dus au zèle éclairé de nos nombreux correspondants? Ajouterons-nous, enfin, que le cadre de notre Répertoire appelle en quelque sorte l'insertion des résultats pratiques principaux qui ressortent de tous les travaux publiés soit en France, soit à l'étranger?

Nous cherchons autour de nous si quelque idée sérieuse a surgi, si quelque travail important a été publié dont nous n'ayons au moins donné la substance à nos lecteurs, et nous ne le trouvons point. Nous ne nous en faisons pas un mérite ; car nous n'avons fait que ce que nous devions pour répondre à la bienveillante sympathie de nos nombreux abonnés, qui ne nous a jamais fait défaut et qui, par cela même que nous voulons fermement continuer à toujours nous en montrer dignes, ne nous manquera pas davantage dans l'avenir.

SUR L'EMPLOI DU CHARBON VÉGÉTAL CONTRE LES AFFECTIONS NERVEUSES GASTRO-INTESTINALES IDIOPATHIQUES ET SYMPATHIQUES.

Rapport par M. Patissier, membre de l'Académie.

Il est bon nombre de médicaments qui, après avoir joui de quelque réputation, sont tombés dans l'oubli, puis sont remis en honneur après un certain laps de temps, par suite de nouvelles expérimentations : tel est le sort qu'a subi le charbon végétal. Ce qui a contribué à son abandon, à sa déchéance, c'est probablement l'abus qu'on en a fait en l'appliquant sans discernement à un grand nombre de maladies. Peut-être aussi la qualité du bois employé à la préparation du charbon a pu nuire à son efficacité.

Frappé des dissidences qui existent parmi les auteurs touchant l'emploi du carbone en médecine, le docteur Belloc a recueilli sur ce point de thérapeutique une série d'observations individuelles dignes de fixer l'attention des praticiens. Pour mettre à même vos commissaires de répéter ses expériences, cet estimable confrère a adressé à l'Académie un assez grand nombre de flacons remplis de poudre de charbon végétal. L'un de nous, M. Caventou, a procédé à l'analyse chimique de cette substance, tandis que M. Récamier et votre rapporteur se sont livrés à l'étude de ses effets physiologiques et thérapeutiques. Quelques-uns de nos honorables collègues, MM. Husson, Fouquier et Dubois (d'Amiens), ont bien voulu, à notre demande, expérimenter le charbon dans les

hôpitaux et leur pratique particulière. Qu'ils reçoivent ici nos sincères remercíements de leur bienveillant concours.

Voici comment M. Belloc a été conduit à employer le charbon et à en faire le sujet de nouvelles expériences :

« Etant en proie, dit ce médecin, à une gastro-entéralgie grave, qui était la conséquence des fatigues que j'avais éprouvées durant un service long et pénible en Afrique, d'où je revins dans un état désespéré, je me décidai à essayer sur moi-même le charbon, après avoir mis en usage, sans aucun succès, tous les moyens ordinaires de la thérapeutique et de l'hygiène. Pensant que celui qui est habituellement préparé dans les pharmacies pouvait parfaitement me convenir, je fis faire des pilules avec la poudre de charbon et le sirop de sucre, et j'en commençai l'usage avec la plus grande réserve. Quelques instants après avoir pris deux de ces pilules, j'éprouvai à l'estomac un sentiment de bien-être que je n'avais pas encore ressenti depuis le début de ma maladie ; il fut cependant accompagné de chaleur et d'un peu de soif. Je compris alors que ce médicament, préparé avec beaucoup de soin, devait agir sur moi avec une grande efficacité, et qu'il fallait surtout en augmenter les doses. Je fis immédiatement remplir quelques vases en fonte de morceaux de bois de peuplier vert, dépouillés de leur écorce ; je les chauffer à blanc, et je pris toutes les précautions nécessaires pour que cette préparation s'accomplît avec la plus grande propreté ; je retirai de ces vases un charbon parfaitement carbonisé ; j'en fis usage avec confiance, et l'amélioration fut si prompte que je sentis le besoin de persister. C'est ainsi que j'arrivai graduellement à en prendre des doses énormes, et cela à chaque instant du jour ; plus j'en prenais, plus je sentais ma santé s'améliorer. J'avais été constipé de la manière la plus opiniâtre, cette constipation céda bientôt ; je pus faire usage des aliments les moins faciles à digérer, tandis qu'avant cette époque, l'alimentation la plus légère déterminait chez moi les accidents les plus douloureux. Le dirai-je ? j'ai pris jusqu'à 500 grammes de charbon pulvérisé, en un seul jour, et je n'en ai pas été incommodé ; loin de là, ma santé s'est si bien rétablie, que depuis cette époque je n'ai plus été malade, et pourtant j'avais été obligé de cesser mon service et de garder la chambre pendant plusieurs mois. Quoique bien guéri, je fis encore souvent usage du charbon, et je suis persuadé qu'il m'a mis à l'abri de nouvelles souffrances. Ma constitution avait été tellement ébranlée, qu'une rechute était certainement facile ; mais dès que les premiers symptômes se manifestaient, je faisais usage du charbon, et tout rentrait dans l'ordre. » Votre rapporteur a eu occasion de voir plusieurs fois M. Belloc ; sa guérison ne s'est pas démentie.

Historique du charbon.—Convaincu par lui-même de la puissance curative du carbone contre les affections nerveuses gastro-intestinales, M. Belloc voulut connaître l'opinion des auteurs sur la vertu médicale de cette substance. Pour ces recherches, il a mis à profit un savant Mémoire qu'a publié, il y a quarante-sept ans, notre vénérable collègue, M. Duval, et qui a pour titre : Appel aux médecins sur l'emploi du charbon. Peu de temps après cette publication, en 1803, le docteur Brachet, de Paris, choisit pour sujet de sa thèse inaugurale, l'usage du charbon en médecine. Cette dissertation est remarquable par une appréciation exacte des effets physiologiques de ce médicament. Dans leur Dictionnaire de thérapeutique, MM. Mérat et Delens ont assigné une place importante à l'emploi du charbon, tout en restreignant avec raison son emploi à quelques maladies particulières. M. Barras, dans son Traité des gastralgies, recommande l'usage de cette substance contre ce genre d'affection.

Mode de préparation du charbon. — Le choix des bois pour préparer le carbone ne paraît pas être indifférent. Martin Rolland, Frédéric Hoffmann se servaient du bois de tilleul. M. Belloc dit s'être livré à une série d'expériences à ce sujet : des bois durs et légers, verts ou secs, ayant été carbonisés, il fit usage du charbon de chacun d'eux : son estomac eut beaucoup à souffrir de ces divers essais : il éprouva un goût tantôt sulfureux, tantôt ammoniacal très-remarquable, une vive chaleur à la bouche, avec soif, quelquefois un pincement vers la région épigastrique, et la digestion s'accomplissait plus lentement qu'à l'ordinaire; il est même survenu sur la membrane muqueuse de la bouche des excoriations douloureuses, qui ont nécessité des gargarismes adoucissants. Le charbon, purifié par l'acide azotique, n'a pas fourni à M. Belloc de résultats plus satisfaisants. Votre rapporteur a essayé par comparaison, sur lui-même, le charbon préparé par M. Belloc et celui que l'on vend dans les pharmacies de Paris. Ce dernier lui a causé de la chaleur à la bouche et des pesanteurs à l'estomac : le charbon de bois de peuplier passe infiniment mieux.

Quoi qu'il en soit, une expérience de dix ans a démontré à M. Belloc que le charbon provenant du peuplier était préférable à tout autre. « Pour préparer ce charbon, dit notre confrère, je me sers du peuplier, cet arbre dont la végétation si rapide fournit un bois très-blanc et très-léger ; je ne me sers pas du corps de l'arbre, parce que le charbon fait avec ce bois trop vieux irrite l'estomac. Je prends les pousses de trois ou quatre ans, très-vertes, qui n'ont jamais été émondées, et dont l'écorce n'a pas souffert. Je n'emploie pas le peuplier qui croît dans un terrain bas et humide, peu exposé au soleil ; son bois est plus compacte,

son écorce est converte de mousse, et le charbon qu'il fournit impressionne désagréablement la bouche et irrite l'estomac. Le bois coupé au moment de la sève est aussi bien préférable. Je fais placer ces branches de peuplier coupées et dépouillées de leur enveloppe dans des vases en fonte bien clos, que l'on fait chauffer jusqu'au rouge blanc ; on en extrait un charbon léger, brillant, sans formation de cendres ; on le place dans des vases pleins d'eau pendant trois ou quatre jours, en ayant soin de changer l'eau plusieurs fois ; on le fait sécher, puis on le réduit en poudre avant qu'il soit parfaitement sec. »

Analyse chimique du charbon. Nous avons dit en commençant que M. Belloc avait adressé à l'Académie plusieurs flacons remplis de charbon préparé par lui d'après le procédé que nous venons d'indiquer. Vos commissaires ont dû nécessairement s'assurer de la pureté de ce charbon ; ils l'ont soumis, à cet effet, à une série d'expériences qui ont été faites sous les yeux de M. Caventou, par M. Ponmarède, dans le laboratoire de l'Académie. Ce charbon n'a presque rien fourni à l'eau, à l'alcool ni aux acides. Soumis à l'analyse, on l'a trouvé formé, sur 100 parties, de :

Humidité.	45,60
Carbone pur.	52
Cendres.	2,40
	100,0

On a voulu s'assurer si ce charbon, abstraction faite de ses cendres et de son humidité, donnerait à l'analyse élémentaire les mêmes résultats que le carbone. La quantité d'acide carbonique obtenue fut un peu au-dessous de celle indiquée par le calcul, ce qui s'explique facilement par la présence d'une petite quantité d'hydrogène provenant évidemment de quelques traces de ligneux incomplétement carbonisé. Au reste, une expérience comparative faite avec du charbon de chêne a donné sensiblement les mêmes résultats.

En résumé, le charbon de M. Belloc ne paraît différer des autres charbons que par son extrême porosité, ce qui lui donne la propriété de fixer une grande quantité de fluides élastiques. Cette propriété tient-elle à son mode de préparation, ou à l'espèce de végétal avec lequel on l'a produit ?

Effets physiologiques du charbon. Prise avant le repas à la dose d'une ou de deux cuillerées à café et imbibée d'un peu d'eau fraîche, la poudre de charbon préparée par M. Belloc ne laisse dans la bouche aucune saveur désagréable ; seulement, après l'avoir avalée, comme elle n'est qu'imparfaitement pulvérisée, il reste entre les dents un peu

de poudre que l'on enlève facilement en buvant un demi-verre d'eau. Après son ingestion dans l'estomac, on éprouve vers la région épigastrique un sentiment de bien-être, l'appétit est excité, et, si l'on vient de prendre un repas, la digestion est plus active, plus rapide. M. Belloc prétend que la salive devient plus abondante; nous n'avons constaté ce phénomène ni sur nous-même ni chez les malades à qui nous avons administré le charbon. Cette matière inerte ne paraît pas être digérée ni absorbée; elle ne fait que traverser le tube digestif en s'emparant des matières gazeuses et liquides nuisibles à l'économie. La poudre de charbon de peuplier préparée d'après le procédé de Belloc, étant imparfaitement porphyrisée, offre une porosité remarquable qui lui donne la propriété de fixer les gaz qui se développent si fréquemment dans l'estomac des gastralgiques et qui sont une des causes principales des souffrances de ces malades; les selles sont d'autant plus noires, que la prise de carbone a été plus considérable. Chez les gastralgiques qui sont ordinairement tourmentés par la constipation, le charbon entretient la liberté du ventre; son action ne se borne pas seulement à favoriser les digestions, elle permet encore l'usage d'une alimentation plus tonique, plus abondante; elle rend aussi l'estomac plus apte à recevoir une médication active, qui auparavant n'avait pu être supportée.

Mode d'administration. — Le charbon peut être prescrit en pilules, en pastilles; mais le mode d'administration qui paraît préférable à M. Belloc est d'imbiber la poudre de charbon d'eau fraîche, de manière à en faire une pâte humide, et d'en avaler une cuillerée à bouche en buvant par-dessus un demi-verre d'eau. C'est sous cette forme que nous avons nous-même fait usage du charbon, et que nous l'avons prescrit dans notre pratique particulière. Mais M. Fouquier nous a déclaré qu'à l'hôpital de la Charité quelques malades ont éprouvé une telle répugnance de ce mode d'administration, qu'il a fallu envelopper la poudre de charbon dans du pain à chanter, tant il est vrai que les malades des hôpitaux sont parfois plus difficiles que ceux de la ville. Les doses auxquelles le carbone peut être prescrit avec avantage varient entre deux et six cuillerées à bouche par jour, pendant un temps plus ou moins long, suivant la gravité de la maladie. Cette dose peut être augmentée graduellement, puisque M. Belloc est parvenu à en prendre 500 grammes en un jour. Il est bon de remarquer que le charbon est administré en poudre très-humide, ce qui en augmente beaucoup le poids. On peut en user avant ou après le repas, et même avec les aliments. Sous son influence, les gastralgiques n'éprouvent après le repas aucune pesanteur vers l'estomac; les aliments circulent vite; il y a

absence d'éruetation, de flatuosités ; les affections nerveuses gastro-intestinales les plus anciennes se modifient favorablement en peu de jours.

Propriétés médicales. — Hippocrate, Galien, Paul d'Egine avaient vu, comme on le constate encore de nos jours, des femmes enceintes et des jeunes filles chlorotiques, poussées sans doute par un instinct conservateur, manger avec avidité du charbon. On a lieu d'être étonné que ces grands observateurs n'aient pas mis à profit cette remarque pratique pour administrer le carbone dans les affections nerveuses gastro-intestinales idiopathiques et sympathiques. C'est en effet contre ce genre de maladie que le charbon a été spécialement préconisé par Brachet de Paris, M. Barras et par MM. Mérat et Delens. M. Belloc nous semble avoir mis hors de doute l'efficacité de cette médication par les faits cliniques qu'il a recueillis dans les différentes villes où il a été en garnison. Nous croyons utile de les reproduire ici pour démontrer les effets thérapeutiques du carbone, et encourager les praticiens à le prescrire contre un genre d'affection qui fait trop souvent le désespoir des malades et des médecins. Nous laissons parler M. Belloc.

Obs. I. M. D...., major dans un régiment de cuirassiers, d'un tempérament sanguin, nerveux, était atteint, depuis plus de dix ans, d'une gastro-entéralgie. Très-impressionnable, il éprouvait des attaques nerveuses violentes toutes les fois qu'il était contrarié ; il était obligé de se priver de fumer et de prendre du café, ce qui sympathisait très-peu avec ses goûts militaires. M. D..., ayant appris les heureux résultats que j'obtenais au moyen de la poudre de charbon, me fit prier de lui donner des soins. Après m'être assuré de son état, je lui fis prendre tous les jours quatre grandes cuillerées de charbon en poudre humide, une le matin, une après chaque repas, et la dernière une heure avant de se coucher. Il y avait huit jours tout au plus qu'il en prenait, que les selles s'étaient régularisées et que l'estomac fonctionnait parfaitement. Vingt-cinq jours après, le major D... fumait, prenait son café, ne suivait plus de régime, et était rendu à une santé parfaite. Quelques mois plus tard, il vint chez moi dans un état d'exaspération extraordinaire : il me dit qu'il venait d'apprendre une nouvelle tellement malheureuse qu'il était impossible qu'elle n'eût pas pour conséquence une crise de gastralgie qui durerait plusieurs jours. Il en éprouvait déjà les symptômes précurseurs. Je le rassurai et l'engageai à rentrer chez lui et à prendre quelques cuillerées de poudre de charbon jusqu'à ce qu'il eût senti le calme revenir ; une heure après, tout était terminé, la crise n'avait pas eu lieu, et le major D... alla dîner le soir et manger comme d'habitude.

Obs. II. Mme D*** était d'une maigreur effrayante depuis dix ans. Sous l'influence d'un état chlorotique bien déterminé, elle avait perdu l'appétit, ne vivait que de végétaux, de substances acidulées et épicées ; elle éprouvait une répugnance invincible pour la viande et les corps gras ; elle avait une constipation opiniâtre, de la céphalalgie, accompagnée de vertiges,

souvent des palpitations et de l'essoufflement dès qu'elle marchait un peu ; elle accusait aussi une faiblesse générale très-grande, et elle souffrait de douleurs d'estomac avec pesanteur, principalement après les repas. Je fus consulté par elle, et après m'être assuré de son état, je lui prescrivis le charbon, à la dose de quatre cuillerées par jour, une cuillerée matin et soir avant chaque repas et une autre immédiatement après. L'appétit ne tarda pas à se manifester. Nous avons presque toujours constaté, dans les cas semblables, ce retour instantané de l'appétit immédiatement après l'ingestion des premières doses de charbon. Mme D*** continua l'usage du médicament pendant un mois ; la constipation fut bientôt vaincue, la malade put alors manger avec plaisir les viandes pour lesquelles elle éprouvait naguère un profond dégoût. Nous lui prescrivîmes surtout des viandes rôties ou grillées ; elle put bientôt boire du vin qui, auparavant, lui causait une grande chaleur à l'estomac ; la nutrition se fit bien, l'embonpoint reparut et la santé ne tarda pas à se rétablir complètement. Chez cette malade, l'affection nerveuse de l'estomac était sympathique de la chlorose; la poudre de charbon a rendu l'estomac apte à digérer de la viande, qui, elle-même, a contribué à rétablir les forces, l'embonpoint.

Obs. III. Mlle M*** était atteinte, depuis deux ans, d'une gastro-entéralgie qui s'était tellement aggravée depuis quatre mois, qu'elle n'osait plus prendre d'aliments solides, car après chaque repas, ainsi que dans l'intervalle, elle éprouvait des douleurs très-violentes à l'estomac, avec sentiment de plénitude et sensation de chaleurs désagréables qui lui montaient par bouffées au visage ; elle était sujette à de fréquentes attaques de nerfs ; malgré ses souffrances, elle n'était pas trop amaigrie, et cependant elle ne vivait que de laitage et d'aliments débilitants. Je fus appelé auprès d'elle, et m'étant assuré de son état, je lui fis prendre une cuillerée de poudre de charbon, et je la décidai à manger immédiatement une côtelette de mouton et du blanc de poulet. Quelle ne fut pas sa surprise lorsqu'elle vit qu'elle digérait bien ces aliments qu'elle n'avait pu jusqu'alors prendre sans souffrir cruellement! La digestion s'était accomplie en peu d'instants et comme par enchantement ; la malade continua à faire usage du médicament et mangea toujours avec appétit, digéra facilement, et les douleurs d'estomac disparurent définitivement.

Obs. IV. M. B***, officier de cavalerie, souffrait depuis longtemps d'une gastro-entéralgie qui venait d'être aggravée par des impressions morales très-vives; son état se compliquait de phénomènes convulsifs ; les sanglots, les larmes lui venaient involontairement ; il était réellement dans un état pénible à voir. Les bains, les calmants, les opiacés, la glace et les ferrugineux, tout avait été mis en usage sans succès ; il n'avait pas voulu employer le charbon, pour lequel il éprouvait une répugnance très-grande ; aussi n'avais-je pas insisté. Mais, un jour qu'il était plus souffrant, il vint chez moi tout éploré me dire qu'il éprouvait les symptômes d'une crise extrêmement vive, et que, pour l'éviter, il se soumettrait à tout ce que je voudrais lui prescrire. Je lui fis prendre immédiatement une grande cuillerée de poudre de charbon. M. B*** fut fort surpris de ne trouver à cette substance aucune saveur désagréable ; il consentit à en prendre de suite deux autres cuillerées qui passèrent parfaitement ; mais sa surprise fut bien plus grande quand, quelques minutes après, il éprouva un calme et un bien-être qu'il n'avait pas encore ressentis depuis longtemps. La crise

qu'il redoutait tant ne vint pas ; dès lors il continua l'usage du charbon ; les douleurs d'estomac ne se reproduisirent plus, les digestions s'accomplirent facilement, et sa santé ne tarda pas à se rétablir.

Obs. V. Mme S... avait contracté en Afrique, où elle avait séjourné avec son mari, capitaine dans un régiment de chasseurs, une affection nerveuse de l'estomac extrêmement grave, qui se manifesta quelque temps après avoir mangé une grande quantité d'oranges. L'affection débuta par une douleur vive, déchirante, accompagnée de battements au creux de l'estomac et d'une sensation de froid qui disparaissait pour reparaître bientôt. La douleur diminuait par la pression ; elle disparaissait aussi dès que la malade prenait des aliments, pour reparaître quatre ou cinq heures après avoir mangé ; alors elle était intolérable. Tous les mois, à l'époque de la menstruation, les crises devenaient plus violentes. Après avoir suivi sans succès plusieurs traitements par l'éther, l'opium, la glace, la morphine, le fer, le bismuth, elle fut obligée de rentrer en France, espérant obtenir du changement de climat une amélioration à ses souffrances. Il y eut en effet du mieux dans son état, mais cette amélioration ne fut pas de longue durée, et les crises ne tardèrent pas à devenir aussi violentes qu'avant son retour d'Afrique. Mme S... étant devenue enceinte, les douleurs cessèrent complétement pendant tout le temps de la grossesse; mais, après l'accouchement, elles reparurent de nouveau, s'accompagnant de vomissements. L'embonpoint disparaissait à vue d'œil, le caractère était devenu irascible et morose, le *facies* triste et hypocondriaque. Ce fut vers le 15 août 1847 que je fus à même de m'assurer de son état et de lui prescrire le charbon. Depuis lors jusqu'au 18 octobre, Mme S... n'avait plus éprouvé de souffrances ; elle mangeait avec beaucoup d'appétit, la digestion se faisait parfaitement, la gaieté, l'embonpoint et les couleurs étaient revenues. Rendue à une santé parfaite, Mme S... avait depuis quelque temps discontinué l'usage du charbon. Le 18 octobre, elle dut se séparer de sa mère qui était venue d'Alger pour la voir ; elle éprouva une impression tellement vive, qu'elle ne tarda pas à sentir tous les prodromes d'une crise aiguë; déjà la tête était en feu, la bouche contractée et la poitrine oppressée, les bâillements fréquents; elle éprouvait aussi des battements au creux de l'estomac. Mme S... eut alors recours au charbon qui ne lui fit pas défaut ; elle en prit deux grandes cuillerées à bouche, et, quelques instants après, elle éprouva un calme et un bien-être parfaits, et la crise n'eut pas lieu.

De ces faits cliniques et de beaucoup d'autres M. Bellòc déduit les conclusions suivantes : 1° Tous les charbons de bois n'ont pas le même mode d'action ; l'acide azotique ne leur retire pas leur action nuisible et irritante ; le charbon de bois de peuplier, tel que nous recommandons de le préparer, nous a donné seul des résultats satisfaisants. 2° Le meilleur mode d'administration de ce charbon est la poudre rendue humide au moyen d'eau fraîche bien pure ; sa dose ordinaire est de trois à quatre cuillerées à bouche par jour, avant ou après le repas ; elle peut être augmentée avec avantage. 3° Cette poudre produit une sensation agréable dans l'estomac, augmente l'appétit et accélère la digestion. 4° Dans les affections nerveuses de l'estomac et

des intestins, dans ces indispositions si communes qui ne condamnent pas le malade à garder le lit, mais qui cependant font beaucoup souffrir, telles que les pesanteurs d'estomac après le repas, les migraines résultant de digestions laborieuses, la dyspepsie, la cardialgie, le pyrosis, etc., dans tous ces cas, la poudre de charbon est le meilleur moyen de faire cesser les douleurs, de rétablir la digestion, de faire renaître l'appétit, de faire supporter les aliments. 5° Outre ces avantages, la poudre de charbon rend l'estomac apte à supporter une médication active qui n'avait pu être employée avant son usage. 6° Il faut bien se garder d'administrer la poudre de charbon dans les maladies inflammatoires et les lésions organiques du tube digestif ; l'action de cette poudre ne pourrait qu'aggraver les accidents.

Telle est, messieurs, l'analyse fidèle du Mémoire de M. Belloc. Nous lui avons donné quelque développement pour vous mettre à même d'apprécier la valeur de ce travail ; mais la tâche de vos commissaires n'est pas terminée. Il ne suffit pas, en effet, qu'un médicament soit préconisé par un médecin estimable, pour obtenir droit de domicile dans la thérapeutique ; il faut encore que sa puissance curative soit vérifiée, constatée par d'autres praticiens, car on le sait, les inventeurs de remèdes nouveaux se laissent trop souvent entraîner à un enthousiasme irréfléchi. Ce motif a engagé vos commissaires à soumettre la poudre de charbon préparée par M. Belloc à quelques expérimentations cliniques. Si nous n'avons pu les multiplier davantage, c'est que les gastralgies, celles qui rendent la vie triste, languissante, sans forcer le malade à s'aliter, ne sont pas communes dans les hôpitaux, qui sont, comme l'on sait, spécialement consacrés au traitement des maladies aiguës.

(*La suite à un prochain numéro.*

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE LA BELLADONE DANS LE TÉTANOS TRAUMATIQUE.

Par M. Vial, chirurgien de l'hôpital de Saint-Etienne (Loire).

Dans le tétanos, comme dans toutes les maladies d'une nature grave et mystérieuse, on a essayé tour à tour des médications aussi nombreuses qu'impuissantes. Richesse de remèdes, pauvreté de résultats se suivent malheureusement presque toujours. L'opium surtout a obtenu une confiance générale, assez mal fondée toutefois, si les doctrines de M. Giacomini sont vraies. En France, on reconnaît volontiers

les mêmes vertus à l'opium et à la belladone ; on leur attribue généralement une influence calmante sur le système nerveux. Le professeur de Padoue, au contraire, signale une action bien différente chez l'une et chez l'autre de ces deux substances médicamenteuses ; suivant lui, un caractère hypersthénisant domine dans l'opium, tandis que la belladone jouit de propriétés essentiellement hyposthénisantes. Une opinion semblable, émise par un homme aussi éminent que M. Giacomini, ne devait pas l'être sans des raisons valables. Je crus donc bien faire en la mettant à profit dans le traitement du tétanos. Envisageant cette maladie comme une hypérémie de la moelle épinière, à l'opium, agent hypersthénisant, favorable au développement de cet état morbide, je dus substituer la belladone, agent hyposthénisant qui devait opérer en sens inverse.

Il y a quatre ou cinq ans, je fis une première expérience; c'était chez un enfant de douze ans. Le pied avait subi le choc d'un wagon chargé de houille: l'attrition des parties était profonde; il y eut des accidents gangréneux, l'amputation de deux orteils fut nécessaire. Au douzième jour, néanmoins, tout présageait une solution heureuse; mais le malade, couché près d'une porte, ressentit l'impression de l'air extérieur ; chaque pansement devenait la source de souffrances aiguës. Sous l'influence de ces deux causes réunies, des symptômes tétaniques ne tardèrent pas à se développer, et se prolongèrent pendant une semaine; suivant l'expression de Larrey, tout le corps ne formait qu'une *masse inflexible*. Je fis trois applications successives de plusieurs ventouses scarifiées sur la région supérieure de la colonne vertébrale. On administra, tous les jours, dix centigrammes de belladone en poudre et soixante centigrammes de calomel ; on faisait en même temps des frictions sur le tronc et la partie interne des membres avec un mélange d'onguent mercuriel et d'extrait de belladone ; des boissons théiformes furent aussi données en quantité suffisante ; un grand bain fut en outre essayé, mais avec répugnance de la part du patient, et sans le moindre avantage.

Pendant toute la durée du mal, je n'observai aucun trouble notable dans les diverses fonctions de l'économie; la circulation et la respiration n'avaient rien d'anormal ; la tête ne fut pas douloureuse ; la pupille était à peine dilatée ; la déglutition avait lieu malgré la constriction des mâchoires ; les évacuations alvines étaient presque libres ; les urines seules étaient assez rares. Le septième jour, avec les accidents tétaniques, tout danger avait disparu.

Deux ans plus tard, le tétanos frappait un adulte dont le pouce de la main droite avait été écrasé. Je vis le malade trente-six heures

seulement après l'invasion des phénomènes morbides ; au premier moment, un autre médecin s'était borné à prescrire une forte dose d'opium. Je me hâtai d'en venir à la médication qui m'avait si bien réussi une première fois ; j'eus recours même aux vapeurs d'éther ; leur action ne fut que passagère : la mort eut lieu le quatrième jour. L'application trop tardive des remèdes me parut la cause principale de ce revers ; je l'espérais du moins, et l'avenir devait sanctionner ma manière de voir.

Il y a deux mois, un enfant de onze ans se présenta à l'hôpital, pour une plaie contuse du pied. Le lendemain de son entrée, je fus frappé de l'aspect sardonique des traits du visage, et crus remarquer une certaine rigidité des muscles masséters et temporaux ; vingt-quatre heures après, le tétanos était général et parfaitement caractérisé. Je dirigeai le traitement d'après les mêmes principes ; dans la première semaine, il y eut trois applications de trois ventouses chaque fois ; tous les jours, le malade prit un mélange de poudre de belladone et de calomel, dix centigrammes de l'une, soixante de l'autre ; des frictions avec deux parties d'onguent mercuriel et une partie d'extrait de belladone furent pratiquées sur la face interne des membres et sur le devant du thorax. Huit jours se passèrent sans amélioration sensible, mais le malade vivait encore : c'était un commencement de succès. Une salivation abondante nécessita la suppression du mercure, la belladone seule fut continuée. Un bain fut prescrit, dans le but surtout de laver la peau et de favoriser l'accomplissement de ses fonctions. Avec ces moyens, le mal ne s'aggravait pas, mais il résistait toujours ; je me décidai à établir deux cautères sur la région cervicale du rachis, et à la fin du troisième septénaire, la guérison était complète. La cautérisation était-elle indispensable ? je ne puis le dire ; elle était au moins rationnelle contre une affection aussi grave et aussi tenace.

J'arrive à la quatrième observation, recueillie seulement ces jours derniers. Elle m'est fournie par un jeune homme de vingt-quatre ans, brûlé sur de larges et nombreuses surfaces par une explosion de poudre : il était au vingtième jour de son accident, nous avions un temps froid et humide, les pansements provoquaient de vives douleurs ; il y en eut assez pour faire surgir tous les symptômes du tétanos. L'honorable M. Depolinière, de Lyon, de passage en notre ville, put en apprécier toute la violence. Pour les combattre, j'appliquai immédiatement cinq ventouses scarifiées et j'administrai à l'intérieur 10 centigrammes de belladone auxquels j'associai 1 gramme de calomel ; une pommade légèrement belladonée sert au pansement des plaies.

Une selle copieuse eut lieu, et je suspendis l'usage du sel mercuriel ; par compensation, j'augmentai la dose de belladone que je portai à 20 centigrammes ; elle produisit de l'assoupissement avec une dilatation assez prononcée de la pupille. Je revins à la dose première ; l'absence de nouvelles évacuations alvines m'engagea à reprendre l'usage du mercure doux : l'abdomen devint douloureux ; il se manifesta plusieurs vomissements de matières verdâtres ; je les maîtrisai en deux jours par une application successive, sur le ventre, de trente sangsues, de cinq ventouses scarifiées, et de larges cataplasmes arrosés avec une solution d'extrait de belladone. Du sixième au onzième jour, je me bornai à l'emploi des cataplasmes, des lavements, des boissons adoucissantes et de la poudre de belladone, à la dose de 10 centigrammes ; à cette époque, je pus constater un relâchement très-marqué dans les muscles, et le douzième jour, le mal ne laissait plus de trace.

Voici donc quatre cas de tétanos traumatique ; sur ces quatre cas, je compte un revers et trois succès. Je dis un revers : je ne sais en vérité si le mot n'est pas trop rigoureux, quand je songe à l'administration tardive des remèdes, trente-six heures après l'invasion d'un mal dont les effets sont mortels au quatrième jour. Si le seul revers éprouvé est mis en doute, les trois succès du moins sont incontestables, et j'en fais revenir la plus grande part à la belladone. Deviendra-t-elle par ce motif un spécifique contre le tétanos, comme le quinquina contre la fièvre ? Je n'élève pas cette prétention, mais je reconnais à ce médicament une influence des plus puissantes. J'insisterai cependant sur la nécessité de préparer et de soutenir son action par des ventouses scarifiées, dont on multipliera le nombre suivant les besoins. D'une nature hyposthénisante aussi, le calomel aura pour but principal de maintenir la liberté des évacuations alvines. A l'avenir je pense renoncer, comme chez mon dernier malade, aux frictions mercurielles ; elles entraînent trop de malpropreté, et seront heureusement remplacées, j'imagine, par des frictions faites avec une solution plus ou moins chargée d'extrait de belladone (1). Les bains, quoique très-rationnels, ne présentent qu'une importance secondaire. Les lavements, les boissons chaudes et légèrement diaphorétiques auront toujours leurs avantages.

(1) Nous avons signalé, il y a environ une année, *Bulletin de Thérapeutique*, tome XXXV, page 374, les bons effets obtenus par M. Besse des frictions à haute dose de la teinture de belladone dans un cas grave de tétanos ; depuis, cet auteur a publié un second fait dans lequel le seul emploi de cette préparation a également suffi pour amener la guérison. Peut-être la solution qu'indique M. Vial est-elle préférable ; mais là n'est pas la question. Ce que nous voulons seulement, par cette note, c'est étayer l'o-

En résumé, les ventouses scarifiées sur la région cervico-dorsale de la moelle épinière, la poudre fraîche de belladone, dont on variera la dose de 10 à 20 centigrammes, suivant l'effet du remède et l'âge du malade ; les fomentations ou les frictions avec une solution belladonée ; voilà les moyens curatifs du tétanos, sur lesquels on doit le plus compter. Il ne sera pas inutile toutefois d'ajouter l'emploi des bains, si la chose est facile, et principalement du calomel à l'intérieur, si l'état des fonctions intestinales le permet ou l'exige. J'ai songé au datura-stramonium ; plus actif que la belladone, serait-il aussi plus efficace ? C'est une question importante à résoudre.

Telle est la médication dont les résultats ont été sans contredit supérieurs à ceux obtenus jusqu'à ce jour. Trois succès sans doute ne lui assurent pas l'infaillibilité ; mais ils sont suffisants pour lui obtenir une préférence légitime et la recommander à l'attention des hommes de l'art, de ceux surtout placés à la tête des grands hôpitaux.

VIAL, D. M. P.

CHIMIE ET PHARMACIE.

RECHERCHES CHIMIQUES ET MÉDICALES SUR LA SALICAIRE.

Les plantes médicinales ont, comme toutes les choses de ce monde, leur époque de grandeur et de décadence, leurs jours de célébrité et d'oubli ; elles semblent être, en quelque sorte, soumises aux mêmes vicissitudes. Aussi, bon nombre de plantes indigènes, justement renommées autrefois pour leurs propriétés médicinales, sont abandonnées aujourd'hui, et restent enfouies dans un oubli complet. On les dédaigne sans raison, sans examen, pour leur préférer des médicaments exotiques qu'on fait venir à grands frais des contrées lointaines ; on en vante, il est vrai, outre mesure, les propriétés infaillibles, bien qu'elles soient fort incertaines, nulles quelquefois, et que souvent même on ne les connaisse pas du tout.

Quant à nous, qui ne désirons rien tant que de voir nos anciennes

pinion exprimée par notre habile confrère de Saint-Etienne sur la valeur de la belladone dans le traitement de cette redoutable affection. Cependant nous ne pouvons nier avec lui l'efficacité de l'opium ; trop de faits sont là pour témoigner de l'action incontestable de l'opium pour qu'elle puisse être mise en doute ; seulement, l'expérimentation de ces dernières années tend à assurer la prééminence de la belladone sur l'opium. Telle est le point où la science en est sur cette question.

(*Note du rédacteur en chef.*)

plantes médicinales indigènes réhabilitées et replacées au rang qu'elles n'auraient jamais dû perdre dans notre matière médicale, nous venons appeler l'attention sur l'une de ces plantes utiles, sur la *Salicaire*, qui, après avoir joui pendant longtemps d'une vogue méritée, est complétement délaissée de nos jours. En la préconisant, nous avons un double but : faire à son égard un acte de juste réparation, et bien mériter de la thérapeutique médicale.

Si nous parvenions à convaincre les praticiens qu'il est possible, dans la plupart des cas, de remplacer avec avantage les médicaments exotiques par ceux qui croissent spontanément sur notre sol favorisé, et qu'ils voulussent enfin se résoudre à choisir ces derniers, de préférence aux autres, nous croirions avoir rendu un véritable service à notre pays. Chaque année, il conserverait des sommes considérables qui passent à l'étranger ; et les médecins pourraient, en outre, faire distribuer aux indigents, aux habitants des campagnes, des médicaments qu'il est facile de se procurer en tout temps ; qui sont d'ailleurs mieux connus, mieux conservés, et tout aussi efficaces que ceux qui nous arrivent à grands frais, sinon souvent avariés, de toutes les parties du monde.

La salicaire fut anciennement connue sous le nom de lysimaque rouge, *Lysimachia purpurea spicata,* Bauh. Pinax.; plus tard, Tournefort la désigna sous le nom de salicaire, *Salicaria vulgaris purpurea,* Tourn., inst. 253 ; enfin, Linnæus lui donna le nom de *Lythrum salicaria,* qu'elle porte encore aujourd'hui.

La seule application qu'on en ait faite en France est une application médicale ; mais au Kamtschatka, elle est un article important d'économie domestique et d'économie rurale ; elle tient, d'après Valmont de Bomare, le troisième rang dans la nourriture des habitants de ce pays, qui la nomment *Kipri.* Ils en mangent la moelle crue ou cuite, ou bien séchée au soleil ; ils soumettent la plante à la fermentation avec de l'eau, et obtiennent ainsi du vin, de l'eau-de-vie, du vinaigre ; ils font usage des feuilles de la salicaire comme nous de celles de thé ; ils les mangent en guise d'épinards, les mêlent à divers ragoûts, les font cuire avec le poisson, et, à la fin du repas, elles reparaissent encore comme dessert. Les nourrices en font un usage médical intelligent, en les appliquant, sous forme de cataplasme, après les avoir mâchées, sur l'ombilic de leurs nourrissons.

La salicaire renferme un principe mucilagineux nutritif, abondant, qui est du goût de tous les bestiaux (les porcs seuls exceptés). Fort utile comme plante médicinale, précieuse comme plante alimentaire et fourragère, elle n'est pas moins recommandable comme plante indus-

trielle. Elle servit autrefois à tanner les peaux de moutons et celles de chevreau; et elle donne, en outre, à la teinture une couleur marron, solide.

Ce n'est pas de Haen qui fit connaître le premier, dans sa *Ratio medendi,* les propriétés médicinales de la salicaire, comme le prétendent à tort Cullen et Bosquillon. Bien avant lui, Pline, Galien, Dioscoride et ses commentateurs en avaient conseillé l'usage. Baptiste Porte, dans sa *Phytognomonica*, consacre une page d'éloges à la salicaire; Murray en vante beaucoup les propriétés astringentes; ce que fait également un autre médecin anglais, Dulver.

Ces anciens praticiens la prescrivaient en poudre, à la dose de 2 à 4 grammes, qu'on pouvait réitérer. Ils l'administraient, après une purgation convenable, pour guérir les diarrhées, et remédier au relâchement des intestins qui en est parfois la suite. Ils l'ont aussi employée, avec plus ou moins de succès, contre les pertes blanches, les gonorrhées exemptes d'irritation, le crachement de sang. On s'en est encore servi utilement, en collyre, contre les inflammations des yeux, et en gargarisme, contre celles du gosier.

Nous avons acquis par nous-même la certitude que l'on a fait de tout temps, et que l'on fait encore présentement, dans le Berry, l'usage le plus salutaire du *Lythrum salicaria*, dans tous les cas que nous venons d'énumérer; mais c'est surtout contre les diarrhées qui traînent en longueur que, dans cette province, les habitants de la campagne emploient journellement la salicaire avec des succès vraiment dignes d'attention.

Nos expériences et l'analyse que nous avons faite de cette plante rendent incontestables ses propriétés astringentes, expliquent et justifient de tout point l'usage qui en a été fait anciennement et qui s'est perpétué dans le Berry, et donnent droit d'attendre, de l'emploi qu'on en pourra faire à l'avenir, les résultats les plus heureux.

MEURDEFROY ET STANISLAS MARTIN,
pharmaciens.

(La suite au prochain numéro.)

REMARQUES SUR LA PRÉPARATION DE L'ÉTHIOPS MARTIAL ET DES BOULES DE NANCY.

L'éthiops martial ou oxyde noir de fer, et les boules de Nancy, sont deux anciennes préparations médicamenteuses dans lesquelles des praticiens ont une très-grande confiance. Les modes de préparation indiqués par les pharmacologistes de l'époque où ces deux médicaments

étaient surtout en vogue, sont d'une exécution longue et difficile. M. Desfossés, étudiant la question au point de vue chimique et pharmaceutique, est arrivé à des résultats qui lui ont permis d'indiquer des modes opératoires fort simples et fort prompts.

Voici, pour l'éthiops martial, le procédé auquel l'auteur donne la préférence.

Limaille de fer..................	150 grammes.
Eau	20 —
Acide chlorhydrique...............	10 —
Acide nitrique....................	2 —

Ce mélange, agité de temps en temps, commence à s'échauffer au bout d'une heure et demie, et après un autre laps de temps égal, le fer est complétement transformé en éthiops. L'addition de l'acide nitrique hâte beaucoup le résultat. Par suite de la réaction, la température de la masse s'élève jusqu'à 90 degrés. M. Desfossés attribue le grand dégagement de chaleur qui a lieu dans cette circonstance non-seulement à l'absorption rapide de l'oxygène, mais encore à la combinaison qui se fait entre les deux oxydes. On sait, en effet, que l'éthiops martial, comme le fer oxydulé magnétique des minéralogistes, est une combinaison de proto et de peroxyde de fer.

L'oxyde noir de fer se prescrit aux mêmes doses, sous les mêmes formes et dans les mêmes cas que les autres oxydes de fer, ou que ce métal lui-même réduit en poudre.

On connaît les nombreuses et longues opérations prescrites par la Pharmacopée légale ou Codex, pour arriver à la confection des *boules de Mars ou de Nancy* (tartrate de potasse et de fer tannico-aromatique). M. Desfossés réduit leur préparation à la manipulation suivante :

Tartre rouge en poudre..............	1,500 grammes.
Fer rouillé, séché et pulvérisé..........	900 —
Tormentille pulvérisée................	60 —
Gomme arabique....................	80 —
Infusé concentré d'espèces vulnéraires....	Q. S.

On commence par faire bouillir l'oxyde de fer et le tartre dans une marmite de fonte, avec environ trois litres d'infusé vulnéraire, et on évapore jusqu'à ce que la matière ait la consistance d'un électuaire ; on y ajoute alors les poudres de gomme et de tormentille, que l'on incorpore exactement, avec un pilon de fer. Lorsque la matière a la consistance convenable, on la réduit en boules ou en pilules, avec les mains légèrement imprégnées d'huile, et l'on fait sécher à l'air.

Les boules de Nancy sont peu employées par les médecins, mais elles le sont beaucoup dans le peuple, pour lequel elles constituent une véri-

table panacée. On les emploie surtout en soluté (*eau de boule*), à l'intérieur, comme antichlorotique, emménagogue et contre la faiblesse organique; en soluté concentré, à l'extérieur, contre les coups, les meurtrissures, les vieux ulcères. Le docteur Ricord emploie depuis quelque temps, avec beaucoup de succès, dans ce dernier cas, *intùs et extrà*, le tartrate ferrico-potassique chimiquement défini; nous aurions au moins autant de confiance dans la panacée lorraine.

Pour s'en servir, on suspend la boule dans la quantité d'eau que l'on veut employer, et on l'y laisse jusqu'à ce que celle-ci ait pris une légère teinte ambrée, si le soluté est pour l'usage interne, et jusqu'à coloration rouge brun, s'il est pour l'usage extérieur. On peut hâter le résultat en employant de l'eau chaude. On retire la boule, on la fait sécher, et on la conserve pour les besoins ultérieurs. D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

UN MOT SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

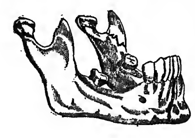
Je vous adresse la relation d'un fait chirurgical qui pourra ne pas être sans intérêt pour vos lecteurs, soit à cause de la rareté de la lésion, soit en vertu du procédé opératoire que j'ai mis en usage; procédé que j'ai retiré de l'oubli, et qui m'a paru l'emporter sur les moyens préconisés de nos jours en pareil cas. Je pense que c'est rendre un service réel que de démontrer, en temps et lieu, les avantages de la pratique des anciens, et de restreindre, autant que possible, ce luxe souvent stérile de méthodes et d'appareils qui n'ont d'autre mérite que la nouveauté. La marche des sciences serait, j'en suis convaincu, bien plus sûre, si on l'affranchissait de temps en temps de ces prétendus trésors que ne cessent d'accumuler certains esprits beaucoup plus avides d'innover que d'être utiles.

J'arrive au fait. Le nommé Dumas, cultivateur, âgé de quarante-cinq ans environ, bien constitué, conduisait un char de pierres par un chemin déclive, lorsqu'il fit un faux pas, et se laissa choir de telle sorte que sa tête, enclavée dans une inégalité du terrain, fut traversée par une roue du char, suivant une ligne qui s'étendait de l'articulation temporo-maxillaire à la symphyse du menton. Il se releva lui-même, alla laver, dans une source voisine, son visage souillé de boue et de sang, improvisa un bandage avec son mouchoir, et vint me trouver avec sa femme, deux heures après l'accident. C'était le 26 octobre 1849. Voici le résultat de mon examen : la région temporo-

maxillaire offre tous les caractères d'une plaie contuse au plus haut degré. La bouche se remplit à chaque instant d'une salive ensanglantée, que le blessé ne peut lancer, mais qu'il chasse avec la langue hors des lèvres, et qu'il essuie à chaque instant. Je fais ouvrir la bouche, et je constate une fracture verticale du maxillaire inférieur, entre la canine et la première petite molaire du côté gauche, fracture que manifeste évidemment le défaut de niveau de l'arcade dentaire, le fragment postérieur étant tiré par les muscles élévateurs en dedans et en haut. La muqueuse buccale est déchirée dans toute l'étendue de la fracture et laisse suinter du sang par les deux faces. La parole est presque impossible, et les mouvements de déglutition, faisant chevaucher les fragments et tiraillant les chairs, sont excessivement douloureux.

Je ramène facilement les fragments en rapport l'un avec l'autre; mais dès que je cesse le maintien, l'écartement se reproduit aussitôt avec de violentes douleurs. Toute la région atteinte jouit de la plus vive sensibilité, et la moindre manœuvre est un vrai supplice pour le blessé. Toutefois je cherche, par un examen minutieux, à m'assurer de l'état des parties qui composent l'articulation temporo-maxillaire, et je parviens, avec beaucoup de peine, à reconnaître qu'il n'y a ni luxation ni fracture dans ce point, mais que la glande parotide et tous les éléments de cette région ont subi une contusion des plus fortes. Ainsi la lésion du système osseux consiste uniquement dans une fracture verticale du corps du maxillaire inférieur au lieu déjà indiqué.

La première idée qui me vint à l'esprit fut d'employer, pour maintenir les fragments en rapport, le fil métallique d'Hippocrate, et de mettre de côté tous les appareils modernes, qui ont à mes yeux le grave inconvénient de comprimer fortement les parties blessées, et d'entraîner une grande gêne pour la parole et la nutrition. Sur-le-champ, je fis recuire à la flamme d'une bougie un morceau de fil de fer, du diamètre d'un millimètre, et d'une longueur suffisante pour embrasser amplement les deux dents contiguës à la fracture. Après avoir aiguisé les deux extrémités de l'anse métallique avec une lime, je les introduisis avec précaution au niveau de la couronne des dents indiquées, en traversant la muqueuse gingivale de dedans en dehors; et je tordis les deux bouts l'un sur l'autre avec un petit étau à main, dès que j'eus ré-



gularisé l'arcade dentaire inférieure. Je coupai le superflu des bouts de l'anse avec une pince incisive, et je recouvris la saillie qui restait avec un linge destiné à protéger la muqueuse labiale de ce contact irritant.

L'opération terminée, le blessé put s'exprimer aussitôt avec netteté, et la fracture demeura parfaitement maintenue. Je prescrivis l'application de compresses imbibées d'eau végéto-minérale sur la région temporo-maxillaire, et je me bornai à soutenir ce pansement avec une cravate qui, passant sous le menton, venait se nouer sur le sommet de la tête. Dumas se retira dans son hameau, avec injonction de se tenir à la tisane d'orge miellée pendant deux jours, et, plus tard, à un régime composé de potages et d'aliments qui ne nécessitaient aucun effort de mastication. Je l'ai vu trois fois pendant le mois qui s'est écoulé à partir de l'accident. La lésion des parties molles a cédé au bout de huit jours, et le blessé a pu, dès ce moment, se livrer à tous les travaux de la campagne, et se nourrir facilement de soupes et de hachis. Vers la fin de la troisième semaine, j'explorai le lieu de la fracture et je trouvai la consolidation des fragments parfaitement établie. La muqueuse s'était réunie sans altération aucune, et Dumas me demanda à être *déferré*, comme il le disait plaisamment. J'accédai à sa demande, et je retirai l'anse métallique, après en avoir préalablement coupé les bouts tordus, très-près des dents, avec une pince incisive. Cette opération se fit sans douleur et sans peine, et les dents qui avaient été serrées ne présentèrent aucun dérangement. Dumas m'a dit depuis, dans la dernière visite qu'il m'a faite, qu'il allait de mieux en mieux, et qu'il pouvait se nourrir comme les autres personnes de la maison, en ayant soin toutefois de ne pas mâcher des aliments durs.

Maintenant, si nous reportons les yeux sur les détails du fait qui vient d'être relaté, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître toute la gravité qu'il présentait, ainsi que l'urgence d'un traitement convenable. En effet, la région temporo-maxillaire était tellementcontuse et sensible que je dus renoncer à tout appareil qui eût exercé sur ces parties une pression douloureuse, et se serait opposé, non-seulement à l'examen de cette région, mais encore à l'application fréquente des liquides résolutifs que je jugeais convenables.

Tous les appareils modernes inventés pour les fractures simples du maxillaire inférieur, par MM. Nuthenick, Busch et Houzelot ne pouvaient me servir dans cette circonstance, à cause de la lésion des parties molles, et le résultat m'a prouvé péremptoirement que la ligature métallique d'Hippocrate avait tous les avantages des autres procédés, sans en avoir les inconvénients. On sait que les auteurs classiques re-

gardent le maintien exact des fragments comme tellement difficile, qu'ils signalent des cas de consolidation vicieuse; d'autres dans lesquels il survient une fausse articulation, et quelques-uns où la névrose rendit la cure très-difficile.

Dans le fait que je rapporte, on peut voir : 1° que les fragments ont été exactement maintenus au moyen de l'anse métallique; 2° que le blessé n'a été gêné ni pour manger ni pour parler, pendant tout le traitement; 3° que la plaie contuse, grâce à un pansement méthodique et à un bandage léger, a pu être convenablement surveillée et guérie en peu de jours; 4° que la consolidation s'est opérée avec la plus grande régularité de formes; 5° que l'enlèvement de l'anse métallique, au bout de trois semaines, s'est effectué sans douleur et sans difficulté.

Ces avantages, dus au procédé hippocratique, me semblent tellement saillants, que je ne peux concevoir l'oubli dans lequel il avait été relégué : car il n'est cité que pour mémoire dans les traités classiques, tandis qu'on s'étend avec complaisance sur la pièce d'ivoire parabolique de Muys et de Bertrandi, sur la pièce de liége de Boyer, et sur d'autres appareils et bandages modernes qui, pour être plus compliqués, n'en valent pas mieux. Comme les dents contiguës aux fragments se trouvaient saines et intactes dans le cas que j'ai traité, j'ai songé aux moyens qu'il serait bon d'employer si ces mêmes dents venaient à manquer, soit par l'effet de la lésion qui aurait produit la fracture du maxillaire inférieur, soit par des causes antérieures à l'accident. Le praticien pourrait encore se servir de l'anse métallique, en faisant la ligature des dents les plus voisines des deux fragments, et en interposant un morceau de liége comprimé et taillé *ad hoc* dans le vide qui existerait entre l'anse métallique et la face interne de l'arcade alvéolaire. On parerait ainsi à toutes les chances de déplacement, et on ne serait pas obligé de recourir à des appareils nouveaux qui, faits à l'avance, ne peuvent que rarement s'accommoder à toutes les éventualités de la pratique.

E. Suzeau, D.-M.
à Thiers (Puy-de-Dôme).

BIBLIOGRAPHIE.

Lettres sur les inoculations syphilitiques, par M. Vidal (de Cassis), brochure in-8°, chez J.-B. Baillière.

« Pour quiconque s'est donné la peine d'étudier les maladies syphilitiques, il reste bien évident qu'il n'est pas d'affection plus mal définie, plus mal circonscrite, et dont le diagnostic soit aussi souvent

incertain. Qu'est-ce qui constitue la vérole ? quels sont les symptômes qui lui appartiennent ? quels sont ceux qui lui sont complétement étrangers ? voilà ce qui n'a pas encore été déterminé ; voilà un sujet d'éternelles disputes, et une question sans la solution de laquelle il est impossible de faire un pas assuré vers le progrès. » Telles sont les paroles que nous lisons en tête du deuxième chapitre de l'important ouvrage de M. Ricord, sur les maladies vénériennes. Avant même que l'école physiologique se fût avisée de nier la spécificité du virus vénérien, et eût institué contre les maladies syphilitiques une thérapeutique conforme à cette vue, plus d'un esprit sérieux s'était posé les questions que se posait lui-même, tout à l'heure, le savant médecin de l'hôpital du Midi ; mais à aucune époque de la science il ne fut aussi impérieusement nécessaire d'aborder la solution de ces questions, qu'à l'époque où l'idée Broussaisienne, pour parler le langage des révolutionnaires du jour, fascinait, ensorcelait les esprits. M. Vidal, dans les lettres qu'il vient de publier sur les inoculations syphilitiques, conteste l'importance des travaux de M. Ricord sur plusieurs des questions qu'il s'est proposé de résoudre ; et là, même où il rend justice à M. Ricord, dans la démonstration expérimentale de la spécificité du virus vénérien, par exemple, il mêle à cette justice une sorte d'ironie, qui trahit un peu les luttes cachées du mauvais payeur. L'équité nous commande, à nous, d'être plus explicite sur ce point, et nous le serons.

Oui, M. Ricord a rendu un service réel à la science, quand, en face de l'affirmation doctrinale du Val-de-Grâce, il a abordé résolument la question de la spécificité du virus syphilitique et a nettement, à la faveur d'expériences rigoureuses, résolu cette question. C'était découvrir l'océan, c'était prouver que deux et deux font quatre, nous dit M. Vidal. Il y a un peu de vrai dans ceci, mais tout n'y est point vrai : en voulez-vous une preuve décisive ? cherchez un esprit sérieux qui nie aujourd'hui la spécificité du mal syphilitique, vous n'en trouverez pas. Beaucoup cependant avant Hunter, beaucoup depuis Hunter, avaient soutenu ce point doctrinal, mais il manquait quelque chose à la démonstration de cette thèse, et c'est ce quelque chose qui est dû aux travaux de M. Ricord, et qui est resté au fond de la conviction de tous. L'audace dogmatique de Broussais avait fait hésiter les esprits sur bien d'autres questions que sur celle de la spécificité du virus syphilitique. La plupart des maladies spécifiques, dont un des principaux symptômes se manifeste du côté de l'appareil tégumentaire externe, a diathèse tuberculeuse, scrofuleuse et la fièvre typhoïde, les perversions locales de la vie nerveuse, telles que la gastralgie, etc., avaient toutes été ramenées à l'unité pathologique qu'avait conçue ce réforma-

teur radical. Contesterez-vous l'importance des travaux qui ont eu pour but de rétablir la vérité sur tous ces points, parce que la solution de ces diverses questions avait été pressentie, ou nettement formulée par les observateurs, à diverses époques de la science ? C'est là la marche ordinaire des choses : une question est posée, elle semble résolue, mais cette solution n'est pas complète ; un esprit hardi signale, en l'exagérant, cette lacune, et affirme une autre doctrine. C'est là le point de départ d'une nouvelle série de travaux, qui ont à la fois pour but de combattre l'erreur nouvelle, et de dissiper les obscurités qui enveloppaient encore la vérité ancienne. Il en a été ainsi de la spécificité du virus syphilitique : la démonstration de ce point capital de doctrine n'était pas complète ; M. Ricord l'a faite complète, et a autorisé M. Vidal lui-même à être aussi explicite qu'il l'est sur cette importante question. Voilà la vérité, telle qu'elle est dans les lettres mêmes dont nous nous occupons en ce moment ; nous regrettons seulement que l'auteur nous ait obligé de la dégager des obscurités qui tendent à l'y obscurcir.

Cette justice rendue à qui de droit, et avec une complète indépendance, M. Vidal peut nous en croire, voyons rapidement quelles sont les questions qui font l'objet principal des quatre lettres que l'auteur vient de publier. La première de ces questions a trait à l'inoculation, dans les maladies vénériennes, pratiquée dans l'intérêt du diagnostic. En abordant cette partie de son thème, M. Vidal se heurte tout d'abord à une question philosophique, qu'il résout d'une façon singulière. Qu'on nous permette de le citer là-dessus : « Les inoculations ont été faites sur des animaux et sur des hommes. Sur les hommes, on a le plus souvent inoculé le malade même qui fournit la matière inoculable. Quelquefois on a inoculé l'homme non malade. On s'est donc exposé à donner une seconde maladie à celui qui en avait déjà une, et on a pu rendre malade celui qui ne l'était pas. On voit déjà la morale se dresser devant l'expérimentation, et lui demander si elle est là pour un devoir, et si ce devoir trouve une inspiration réelle dans un sentiment d'humanité. J'avoue ma profonde ignorance dans la casuistique, et j'aurais très-peu de goût pour enseigner cette science, si je la connaissais ; j'éviterai donc le plus possible toutes les questions qui s'y rattachent. » Le mot casuistique, qui s'est trouvé ici sous votre plume, monsieur Vidal, a réveillé en vous un vieux préjugé dont un esprit aussi net que le vôtre aurait dû se dégager. Ce n'est pas d'ailleurs de la casuistique, c'est un point de morale aussi clair que le jour, et où l'on peut être très-affirmatif, sans se compromettre. De l'intéressante discussion à laquelle vous vous êtes livré dans les lettres que vous adressez

à un jeune praticien à propos de la question de l'inoculation, il résulte, au point de vue exclusif de la science, que cette pratique est pleine de difficultés, incertaine dans ses résultats, insuffisante; de plus, d'après ce que vous dites et ce que vous ne dites pas, l'inoculation fait courir des risques réels à ceux chez lesquels on l'opère ; et vous hésitez à conclure! Et quand donc concluez-vous en morale? La cause de cette hésitation n'est pas une répugnance à se poser en professeur de morale, mais une habitude de scepticisme à l'endroit des questions que se propose cette dernière, qui n'est que trop commune aux médecins. Vous êtes un homme d'esprit, monsieur Vidal, et de plus un honnête homme, ce qui vaut mieux encore; osez donc affirmer ce en vertu de quoi vous êtes l'un et l'autre. C'est ce scepticisme dans les classes éclairées de la société qui autorise et justifie, jusqu'à un certain point, ces doctrines sauvages que le monde a vues avec épouvante sortir un jour de l'antre ténébreux du socialisme. Vous le voyez, nous n'hésitons pas, nous, à entrer hardiment dans la voie dans laquelle il vous répugne tant de mettre le pied ; c'est que nous avons osé plus encore à cet égard. A cette époque, nous avons nous-même abordé cette question; permettez-nous de vous en rappeler la solution, telle que nous avons cru devoir la donner, du point de vue où vous n'avez pas voulu vous placer. « Sans oser condamner d'une manière absolue ces sortes d'expérimentations, lorsqu'elles sont faites par des hommes aussi habiles que M. Ricord, nous pensons donc, avec MM. Cullerier, etc., que, dans l'état actuel de la science, il n'est pas permis de se servir d'une manière commode de ce moyen de diagnostic ; l'innocuité ne nous en paraît pas suffisamment démontrée. Avant qu'il soit permis de manier le virus syphilitique à la façon d'un simple instrument d'exploration, il faut que cette démonstration soit complète, qu'on ait résolu toutes les objections par lesquelles la légitimité peut en être combattue. »

Les objections que soulève cette pratique, M. Vidal les examine tour à tour dans les lettres qui viennent de paraître sous son nom, et les discute avec autant de bon sens que d'esprit ; et, nous l'avouerons avec sincérité, s'il nous était donné de reproduire notre jugement sur ce point, nous serions plus explicite encore peut-être que nous ne l'avons été. Toutefois, M. Vidal ne nous paraît pas avoir complétement détruit l'argument que se fait M. Ricord de l'expédient du chancre larvé pour soutenir sa doctrine ; d'un autre côté, nous pensons que l'inoculation syphilitique peut être, et doit être tentée, même avec ses risques, dans quelques cas rares, où la lésion qu'il s'agit de combattre demeure incertaine. Il en est ainsi, par exemple, de quelques ulcères scrofuleux à siége spécial ; et nous n'avons pas été surpris en lisant

dernièrement, dans un livre fort bien fait sur les scrofules, par M. Lebert, que ce médecin habile avait eu recours à ce moyen d'exploration pour résoudre une question de diagnostic insoluble sans cela ; mais, nous le répétons, l'inoculation syphilitique a ses périls, et le médecin ne doit y avoir recours que dans des cas fort rares ; c'est l'*ultima ratio* du diagnostic.

Nous nous sommes un peu étendu sur la première question traitée par M. Vidal, et son importance eût certainement justifié de plus grands développements encore. Nous serons beaucoup plus bref sur la seconde question, à laquelle les deux dernières lettres sont consacrées. Cette question est celle de la vaccination préservatrice de la syphilis constitutionnelle, telle que l'a conçue M. Diday, et telle qu'il ne la pratique plus probablement, à l'heure qu'il est. Rappelons en deux mots la conception malheureuse de ce médecin. Suivant lui, il est démontré que la vérole constitutionnelle ne peut atteindre qu'une fois l'organisme humain ; voilà l'idée. Voici maintenant la pratique : il faut inoculer la syphilis constitutionnelle au malade actuellement atteint de syphilis. Ceci est simple comme toute vérité, en tant que considéré sous le rapport de l'expression, mais manque malheureusement de toute démonstration. M. Vidal, avec la verve ironique qui est le trait principal de son talent, a réduit en poudre tout le vain appareil scientifique sur lequel le malencontreux inventeur des opérations sous-cutanées avait laborieusement édifié sa doctrine. Nous applaudissons sans réserve à cette exécution méritée ; nous voulons bien croire que l'auteur de la vaccination syphilitique s'est trompé, a cru saisir la vérité, quand il n'en saisissait que l'ombre ; mais il n'est pas permis de mystifier ainsi le monde savant, même lorsqu'on est soi-même dupe de la mystification ; et une telle erreur, quand elle se produit dans le monde, guindée sur des échasses d'une si grande prétention, mérite d'être sévèrement relevée. M. Vidal l'a fait, il a bien fait ; c'était tout à la fois son devoir et son droit.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Tumeur de l'arrière-bouche et de la base de la langue de nature douteuse. Indication d'un traitement antisyphilitique. — L'on croit trop en général à la toute-puissance de la chirurgie ; aussi voyons-nous, chaque jour, arriver dans les hôpitaux des individus affectés de maladies cancéreuses que la moindre réflexion eût montrées en dehors de toutes les tentatives chirurgicales. Ces réflexions nous arri-

vent à propos de plusieurs cas de cancer, actuellement dans le service de M. Velpeau, et venus des points les plus éloignés de la province. Ces affections sont tellement avancées, qu'il est impossible de songer à la moindre opération. Un seul a permis de conserver un doute. Quelque léger qu'il fût, l'habile professeur l'a saisi. C'est un boulanger, âgé de cinquante-cinq ans, présentant au fond de la gorge une tumeur constituée par la partie supérieure de l'amygdale gauche détachée et pendante dans le pharynx. Elle est séparée par une ulcération granulée, sanieuse, des piliers du voile du palais. Au toucher, toutes ces parties sont dures ; tumeur et surface ulcérées. Le côté correspondant de la base de la langue présente également de l'induration ; celle-ci, cependant, n'a pas envahi encore le plancher buccal. Deux affections seules, ainsi que le fait remarquer M. Velpeau, peuvent donner lieu à de semblables apparences, la syphilis ou le cancer. Si un traitement antivénérien ne réussit pas, il ne reste plus rien à tenter; car on ne peut songer à aller, ni avec le fer ni avec le feu, détruire de semblables lésions.

Quelques circonstances légitimaient la médication spécifique. Cet homme a eu, il y a vingt ans, un écoulement, puis un chancre dont il a été traité dans un hôpital militaire, où il est resté à peine cinq semaines. Il est impossible d'obtenir aucun renseignement sur la nature du traitement auquel il a été appliqué. La durée du séjour a montré tout d'abord qu'il a été incomplet, en supposant même qu'il ait été prescrit; car en se reportant à l'époque de la maladie de cet homme, beaucoup de chirurgiens militaires, dominés par les théories de Broussais, ne croyaient pas à la spécificité du virus, et ne soumettaient point leurs malades à un traitement mercuriel. Toutes ces circonstances ont porté M. Velpeau à prescrire ce traitement, mais comme pierre de touche et en désespoir de cause ; car la forme de la maladie porte à admettre une diathèse plutôt cancéreuse que syphilitique. (La syphilis à forme tuberculeuse est une forme rare, mais qui se termine rapidement par l'ulcération.) Le traitement fut ainsi formulé : matin et soir une pilule d'un centigramme de proto-iodure de mercure ; par-dessus, une solution de 0,40 centigrammes d'iodure de potassium dans une tasse de tisane de houblon. Malgré la très-petite quantité d'iodure de mercure employée, s'il y avait une opération à tenter, dans le cas d'insuccès de la médication, nous ferions toutes nos réserves. Nous avons en effet montré que lorsqu'on tentait un traitement spécifique dans les cas de tumeur de la bouche de nature douteuse, on devait préférer l'emploi exclusif de l'iodure de potassium à celui des préparations mercurielles, et cela pour deux raisons : d'une

part, l'efficacité plus grande de l'iodure dans ces cas d'accidents éloignés de la syphilis, et, de l'autre, le ramollissement facile de la muqueuse sous l'influence des plus petites doses de mercure.

Bons effets du sulfate de quinine à haute dose dans les contractions rhumatismales et goutteuses. — Parmi les accidents du rhumatisme et de la goutte, il en est un peu connu et heureusement assez rare, qui consiste dans des rétractions musculaires. Ces rétractions musculaires dont on peut trouver un exemple dans le torticolis, qui reconnaît lui-même souvent pour cause une influence rhumatismale, peuvent occuper une grande portion du système musculaire, et alors elles constituent une affection grave, et le plus ordinairement rebelle à tous les traitements habituellement mis en usage contre des accidents analogues.

Tous les auteurs qui ont écrit dans ces derniers temps sur l'emploi du sulfate de quinine dans le rhumatisme ont noté que son efficacité, si éminente et si incontestable dans la forme articulaire aiguë, est très-faible et presque nulle dans la forme chronique, de même que dans le rhumatisme musculaire. On aurait donc pu croire *à priori* que le sulfate de quinine échouerait contre les contractions rhumatismales et goutteuses. Eh bien ! un fait curieux, que nous avons recueilli dans le service de M. Sandras, à l'hôpital Beaujon, nous porte à penser que le sulfate de quinine possède une action élective spéciale contre cette forme, ou plutôt contre cette terminaison ou complication du rhumatisme. Voici ce fait :

Une femme de trente-cinq ans, cuisinière, était affectée depuis plus de trente mois de contractures dans les membres supérieurs et inférieurs. Les bras étaient fortement rapprochés du corps et ne pouvaient en être écartés sans des douleurs intolérables ; les avant-bras étaient fléchis, fortement appliqués sur la poitrine ; les mains fermées, appliquées avec force sur le sternum ; les membres inférieurs étaient dans la flexion forcée ; les genoux tellement rapprochés par la violente contraction des adducteurs, que pour éviter la gangrène il fallut placer entre eux un coussin. En même temps, à des intervalles variables, il lui était survenu des douleurs avec gonflement dans les articulations grosses et petites. Les genoux, des deux côtés, les poignets, les coudes, les petites articulations de la main, celles du gros orteil, aux deux pieds, se tuméfiaient, devenaient douloureuses. Le gonflement marchait d'une manière assez lente, comme chronique, et dans une circonstance, l'inflammation de l'articulation du gros orteil se communiqua à la matrice de l'ongle, de sorte que celui-ci se détacha. La malade, qui était habituel-

lement sans fièvre, était prise, pendant la durée de ces accidents, de symptômes fébriles et de transpirations alarmantes.

Pendant longtemps, M. Sandras combattit de diverses manières, par des bains de vapeur, des bains tièdes, des antispasmodiques, des pilules de Lartigue, ces accidents dont la nature était assez difficile à déterminer et qui pouvaient se rattacher à la goutte comme au rhumatisme. Ces moyens furent sans succès. M. Sandras, éclairé par les accès fébriles qui revenaient avec les douleurs articulaires, résolut d'essayer le sulfate de quinine à hause dose. Il prescrivit un gramme, puis un gramme et demi de sulfate. Cette femme avait une susceptibilité fâcheuse à se laisser impressionner par cet agent. Dès que l'on dépassait cette dose, ou seulement quand on la continuait pendant quelques jours, il survenait des éblouissements, des étourdissements; mais surtout il y avait une congestion utérine, qui faisait avancer les règles de dix ou quinze jours, en même temps que l'évacuation menstruelle devenait assez abondante pour forcer de recourir à l'emploi du seigle ergoté. En revanche, aussitôt que la malade prenait du sulfate de quinine, les douleurs articulaires disparaissaient, les membres devenaient plus souples, et, sans pouvoir les faire obéir absolument à la volonté, elle pouvait les étendre et les écarter du corps dans certaines limites.

Chez cette malade, les circonstances particulières dont nous venons de parler ont empêché d'employer d'une manière suivie et prolongée le sulfate de quinine à haute dose; mais, cependant, ce traitement a apporté, malgré ses fréquentes interruptions, une amélioration tellement remarquable qu'elle donne l'espérance d'une guérison complète. Les membres inférieurs peuvent être étendus ou fléchis : il reste de la rétraction des adducteurs; mais cette rétraction n'empêche pas la malade de se lever tous les jours et de se tenir sur ses jambes; seulement, elle ne peut pas encore marcher. Des membres supérieurs, le droit n'est plus rétracté, et la malade s'en sert assez facilement; le gauche est encore le siége d'une contraction que l'on peut vaincre en agissant avec douceur, mais qui se reproduit aussitôt le membre abandonné à lui-même.

Tel est le fait curieux que nous avons recueilli dans le service de M. Sandras; s'il ne doit pas être perdu pour le traitement des contractures rhumatismales et goutteuses, il est peut-être aussi de nature à ouvrir un champ nouveau aux applications du sulfate de quinine; nous voulons parler des propriétés emménagogues de ce sel. Cette congestion que le sulfate de quinine à haute dose détermine vers l'utérus, et qui a été signalée par tous ceux qui ont étudié les applications

du sulfate de quinine à haute dose, ne pourrait-elle pas être utilisée dans beaucoup de circonstances, et principalement dans le traitement des aménorrhées non symptomatiques?

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ANÉVRYSME POPLITÉ (*Sur la conduite à tenir dans le cas de rupture de l'*). Parmi les plus graves accidents des anévrysmes, il faut évidemment placer la rupture. Promptement mortelles dans l'intérieur des grandes cavités viscérales, ces ruptures sont un peu moins rapidement graves aux membres ; mais elles peuvent devenir le point de départ d'accidents mortels, par le sphacèle du membre. L'anévrysme de l'artère poplitée est celui dans lequel on a le plus souvent observé cette fâcheuse complication. La situation particulière qu'occupe l'artère poplitée aux membres inférieurs, derrière une articulation, au milieu de muscles puissants, qui servent à la marche, explique comment l'anévrysme de cette artère se termine par rupture plus souvent que les anévrysmes des autres régions. Il ne faudrait cependant pas croire que ce soient les mouvements brusques du membre, ou les mouvements exercés par les malades, qui occasionnent toujours ces ruptures ; il est certains de ces anévrysmes qui marchent avec rapidité vers cette terminaison malgré le repos le plus absolu gardé par les malades, et pendant l'application de méthodes thérapeutiques qui sembleraient devoir mettre à l'abri de cet accident. Ainsi M. Wright a rapporté le fait d'un homme de trente-sept ans, cordonnier du régiment des gardes, chez lequel un anévrysme de l'artère poplitée, qui datait de dix jours, avait été soumis à l'emploi de la compression. Quoique le malade ne l'eût supportée que d'une manière très-incomplète, la compression avait déjà diminué le volume de la tumeur et l'avait rendue plus solide, en même temps qu'elle en avait affaibli les battements; lorsque, au huitième jour, pendant le repos le plus complet du membre, il survint, au niveau de l'articulation, une douleur vive, bientôt suivie d'une tuméfaction rapide et de battements diffus, qui ne laissaient aucun doute sur la rupture de l'anévrysme. Quelle conduite fallait-il tenir? Fallait-il, ainsi que le proposent la plupart des chirurgiens, pratiquer immédiatement l'amputation du membre, ou bien essayer auparavant la ligature de l'artère fémorale? L'auteur se décida pour ce dernier parti. Trois heures seulement s'étaient écoulées depuis l'accident ; l'anévrysme diffus n'occupait qu'une partie du membre ; on pouvait donc espérer quelques chances de succès. Effectivement la ligature suspendit à l'instant même les battements dans la tumeur anévrysmale et dans l'anévrysme diffus. Il ne survint aucun accident, et peu à peu le malade put reprendre l'usage de son membre. L'auteur a revu le malade, dix-huit mois après l'opération : la tumeur du creux poplité n'a plus que le volume de la moitié d'une noix. La circulation est parfaite dans le membre inférieur. Seulement quand il a marché beaucoup, il y a quelques crampes dans la jambe, et un peu d'œdème autour des malléoles. — Nous applaudissons pleinement à la conduite tenue dans ce cas particulier par M. Wright. C'est en effet une chose si grave qu'une amputation de la cuisse, qu'on ne doit jamais y recourir sans une nécessité absolue; et lorsque très-peu de temps s'est écoulé depuis la rupture, lorsque le sang ne s'est pas encore répandu dans une grande partie du membre, lorsque la température et la vitalité de celui-ci ne sont pas très-affaiblies, on peut espérer, avec la ligature, obtenir la résorption du sang épanché. Dans le cas contraire, lorsque la rupture date de plusieurs jours ou de plusieurs heures, lorsque l'anévrysme diffus s'est beaucoup étendu ; lorsqu'enfin le mem-

bre commence à se refroidir et à perdre la sensibilité, la ligature ne ferait que hâter le sphacèle du membre, et retrancher quelque chose aux chances de succès que pourrait présenter l'amputation. (*London med. chir. Transactions*, t. 32.)

BÉBÉRINE. (*Quelques remarques sur ce nouveau fébrifuge.*) Au moment où l'attention du public médical est tournée plus que jamais vers la recherche de succédanés destinés à remplacer le quinquina et le sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes, nous croyons utile de signaler une substance encore peu connue en France, mais dont l'usage commence à se répandre en Angleterre et dans l'Amérique du Nord; nous voulons parler du *sulfate de bébérine*. La bébérine est un alcaloïde que l'on extrait du Bébeeru, *Nectandra Rodiei* (*Laurinées*), arbre qui croît à Demerari, dans la Guyane hollandaise, où il porte le nom de *Sipeeri*. Son bois est employé par les tourneurs anglais qui lui ont donné le nom de *green heart;* c'est de l'écorce et surtout de l'amande de ce fruit que l'on extrait la bébérine. Cet alcaloïde est amorphe, très-soluble dans l'alcool, moins soluble dans l'ether, et très-peu soluble dans l'eau. On obtient le sulfate à la manière de celui de quinine. Les propriétés fébrifuges de cette substance ont été signalées d'abord par M. Rodie, à qui on doit la découverte de cet alcaloïde, et l'exactitude de cette assertion a été confirmée depuis par le docteur Douglas Maclagan, le docteur Phil. Maclagan et le professeur Christison qui a mentionné favorablement cet alcaloïde dans la dernière édition de son Formulaire publié en 1848. Nous trouvons encore des faits confirmatifs dans un travail publié tout récemment par M. T. Stratton dans l'*Edinburgh journal*. Ce medecin était à bord d'un bâtiment qui transportait de nombreux émigrants, parmi lesquels des agriculteurs des parties marécageuses des comtés de Kent et d'Essex. Quatre d'entre eux furent saisis d'accès de fièvre pour avoir porté des vêtements mouillés par l'eau de mer. Tous les quatre furent traités par le sulfate de bébérine, à la dose de huit grains chez l'adulte en commençant, dose que l'on a portée ensuite à 12, à 16 et à 18 grains, sans aucun des inconvénients qui accompagnent parfois les doses élevées de sulfate de quinine; mais nous devons dire que de ces quatre cas, il en est un qui a résisté à l'administration de 36 grains de bébérine, et qui a nécessité l'administration du sulfate de quinine qui a parfaitement réussi. Il est vrai que ce sujet avait déjà eu une fièvre intermittente six ans auparavant.

Dans les trois autres cas, le succès a été complet : c'était d'abord une petite fille de trois ans qui avait une fièvre quotidienne depuis huit jours. On lui donna d'abord un grain, puis deux grains de bébérine. Au troisième jour de l'usage du médicament, les accès disparurent et ne reparurent plus. On continua la bébérine pendant plusieurs jours à dose décroissante; la petite malade prit en tout 14 grains de sulfate de bébérine. De même chez une jeune fille de quatorze ans, atteinte de fièvre quotidienne, 6 grains de sulfate, donnés par doses de demi-grain, d'un grain et de deux grains par jour, coupèrent la fièvre au quatrième jour; la malade prit en tout 14 grains. Enfin, dans un troisième cas, chez un homme de trente-sept ans, qui avait eu la fièvre intermittente un an auparavant, 12 grains de sulfate de bébérine, donnés en une seule fois, retardèrent et diminuèrent l'accès suivant; une nouvelle dose de 18 grains fit disparaître entièrement la fièvre. Le malade en prit encore 20 grains pour consolider la guérison. On voit que le mode d'administration du sulfate de bébérine est le même que celui du sulfate de quinine; mais la bébérine n'a pas une activité aussi grande : il faut au moins 12 ou 16 grains de cette substance pour équivaloir à 8 grains de sulfate de quinine. La bébérine est malheureusement une substance assez chère; elle vaut, en Angleterre, de 7 à 8 francs les 30 grammes; mais tout fait croire que si la fabrication prenait plus d'extension, son prix s'abaisserait beaucoup. On peut donner le sulfate de bébérine dissous dans l'eau, 40 centigrammes pour 30 grammes de ce liquide; mais comme ce sel est peu soluble, il vaut mieux le transformer en sulfate acide. Voici la formule donnée par M. Straton :

Sulfate de bébérine.. 1 gr. 60.
Acide sulfurique peu
concentré........15 gouttes.

Sirop d'orange.....	30 gram.
Eau..............	100 —

Un grain de sulfate de bébérine correspond à 4 grammes, ou à une cuillerée de cette solution, que les malades prennent sans aucune répugnance.

CHLOROFORME (*Bons effets du*) *dans le traitement de l'éclampsie puerpérale.* Nous avons fait connaître, il y a quelques mois, un fait intéressant d'éclampsie puerpérale, contre lequel avaient échoué les moyens les plus énergiques, les émissions sanguines, les révulsifs, les purgatifs..., etc., et dont le chloroforme a triomphé très-rapidement. En rapportant ce fait, nous faisions remarquer que le chloroforme, pour être employé avec succès, devait être précédé de l'emploi des émissions sanguines. Nous trouvons dans les journaux anglais un fait qui confirme pleinement notre opinion : une femme primipare, en travail depuis six ou huit heures, fut prise de convulsions puerpérales pendant que la tête de l'enfant était encore dans le bassin. On lui fit une saignée de 20 onces. Les accès se calmèrent pendant une heure. Alors réapparition des accidents et nouvelle saignée de 16 onces. Voyant que le travail ne marchait pas, et l'enfant étant mort, le chirurgien se décida à terminer l'accouchement par l'application du crochet. Il y eut immédiatement du calme; mais neuf heures après, les convulsions reparurent. Nouvelle saignée de 12 onces, un vésicatoire à la nuque, une goutte d'huile de croton, un lavement purgatif. Les accès convulsifs ne furent nullement modifiés; et lorsque M. Sedgwick fut appelé, trente-six heures après le commencement du travail, la malade était dans un accès convulsif; le cou gonflé, la face livide et congestionnée, les conjonctives injectées; du mucus écumeux et sanglant s'échappait de sa bouche; l'utérus était mou et dilaté. On résolut de lui faire respirer du chloroforme. En une minute elle fut endormie et dans un état de calme parfait. Dix minutes après, l'utérus s'était contracté et avait pris le volume d'une tête de fœtus. On continua le chloroforme pendant vingt-cinq minutes sans interruption; puis on l'interrompit pendant quinze ou vingt minutes, pour le continuer pendant trois heures et demie, mais aussi avec des interruptions toutes les dix ou quinze minutes. Pendant les inhalations, la malade était parfaitement calme, la respiration profonde, le pouls plein, la peau d'une bonne chaleur. Les accidents ne se sont pas reproduits, et les suites de couches ont marché comme à l'ordinaire. — On voit que, chez cette malade, on n'avait pas fait moins de trois saignées et tiré moins de 38 onces de sang, sans avoir agi sur les accès convulsifs, qui étaient restés aussi intenses et aussi continus qu'auparavant. Mais on ne peut douter, d'un autre côté, que si ces saignées n'ont pas eu d'influence sur la terminaison immédiate des accidents, elles en ont hâté la résolution, en rendant l'action du chloroforme plus facile et plus énergique. (*Medical Times.*)

COLLODION (*Emploi du*) *dans l'opération du bec-de-lièvre.* Nous l'avons dit à diverses reprises, le collodion nous paraît appelé à jouer un rôle très-important dans la pratique chirurgicale, et les applications de ce nouvel agent adhésif seront, à l'avenir, de plus en plus nombreuses et variées. Dans l'opération du bec-de-lièvre, par exemple, ne pourrait-on pas en faire usage pour lutter contre l'effet trop souvent fâcheux de la rétraction des joues sur la cicatrice? M. le docteur Lesueur de Vimoutiers (Orne) vient de s'en servir avec succès dans cette circonstance, chez un sujet de vingt-un ans, qui portait un bec-de-lièvre, situé à gauche de la ligne médiane, et intéressant toute l'épaisseur de la lèvre supérieure jusqu'à la narine. Après l'avivement des lèvres de la plaie, les épingles passées et fixées, comme cela se pratique ordinairement, M. Lesueur termina par l'application du bandage contentif suivant : à un décimètre environ de l'une des extrémités d'une bande d'un mètre de longueur sur trois centimètres de largeur, il fit deux boutonnières parallèles, et régulièrement espacées, qui partageaient en ce point la bande en trois bandelettes égales, d'une longueur de six centimètres. A l'extrémité d'une seconde bande semblable à la première, il pratiqua une fente médiane, d'une longueur de 16 centimètres. Les deux chefs qui en résultaient furent passés, chacun, dans chaque boutonnière de la

première bande : puis leurs bords formés par la fente médiane furent rajustés et cousus dans une longueur de 10 centimètres, à partir de leur extrémité libre. Pour l'application de ce bandage, le bout le plus court de chaque bande, à partir du croisement, fut fortement enduit de collodion, et promptement appliqué sur la joue, de chaque côté, parallèlement et au niveau d'une ligne qui prolongeait celle de la bouche en arrière. Chaque bout de bande fut arrêté au bord antérieur du masséter, pour prendre son insertion sur la partie de la joue la plus susceptible de déplacement. Les deux bouts étant ainsi bien solidement collés, M. Lesueur tira en même temps, en sens opposé, et dans une direction bien parallèle aux bords des lèvres, les deux bouts de bandes restés libres, et vint les fixer sur le bonnet de l'opéré. A l'aide de cette traction, il rapprocha, autant qu'il le désirait, les joues en avant, et put les y maintenir plus de temps qu'il n'en faut aux parties divisées pour se souder définitivement. Le troisième jour après l'opération, on enlevait les aiguilles. Le huitième jour, on décollait, sans difficulté, l'appareil contentif; il ne restait plus trace de l'infirmité. (*Revue médico-chirurg.*, decembre 1849.)

ÉRYSIPÈLE *ambulant suite de saignée chez une femme enceinte. Bons effets du quinquina dans cette maladie.* Il est assez fréquent de voir, à la suite des saignées, la piqûre s'enflammer, donner lieu à un petit phlegmon circonscrit, qui se termine par résolution ou par suppuration, mais ne s'étendant guère au loin, à moins qu'il ne se complique de phlébite. Le fait suivant nous offre un exemple d'un autre accident de la saignée, plus fréquent chez les femmes : c'est l'apparition d'un érysipèle déterminé par la petite blessure faite à la peau. Pour nous, l'état de la lancette est pour beaucoup dans la production de ces phénomènes morbides; la preuve, c'est que cette complication se présente plus fréquemment à la suite des saignées pratiquées aux consultations des hôpitaux ou dans les maternités. Le cas que nous allons rapporter, et les reflexions de M. Cruveilhier qui le suivent, viennent encore corroborer notre opinion.

Obs. Une femme d'environ trente-huit ans, enceinte de cinq mois, vint à la consultation de l'hôpital de la Charité, se plaindre de phénomènes congestifs. On lui prescrit une saignée, qui fut pratiquée à l'instant, à la salle de consultation. Revenue chez elle, cette femme se livre immédiatement aux soins de son ménage ; dans la soirée, elle éprouve une douleur dans le pli du bras. Les jours suivants, la douleur augmenta et s'accompagna de rougeur autour de la piqûre, puis de gonflement, puis enfin d'un malaise et de fièvre. La malade réclama alors son admission dans l'hôpital, et le lendemain, à la visite, M. Cruveilhier constata un érysipèle du membre supérieur gauche, accompagné d'un œdème assez considérable. Il y avait un mouvement fébrile assez intense; mais ce qui prédominait surtout, c'était un état de stupeur et de prostration très-prononcé, qui donnait à la malade une sorte d'apparence typhoïde. On se contenta d'abord de faire des onctions d'axonge sur les parties érysipélateuses. Les jours suivants, l'érysipèle s'étendit sur toute l'épaule gauche et envahit le dos du même côté ; l'état de prostration augmenta notablement. M. Cruveilhier prescrivit alors une infusion de quinquina et une potion gommeuse additionnée de 2 grammes d'extrait résineux de la même écorce. Sous l'influence de cette médication, l'adynamie diminua d'une manière très-évidente, malgré la marche continue de l'érysipèle. Celui-ci, en effet, occupait presque toute la partie gauche du dos, puis de la poitrine, du cou et de la face. Malgré cette progression incessante, l'état général de la malade continuait de s'améliorer, et le pouls n'a pas tardé à prendre son type normal. A dater de ce moment, on commença à alimenter la malade.

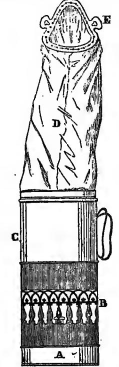
J'ai eu souvent l'occasion, disait M. Cruveilhier, d'observer de ces érysipèles avec ou sans complication de phlegmon, à l'hospice de la Maternité, où ils ont une terminaison si fréquemment funeste. C'est dans cet établissement surtout qu'on observe, au plus haut degré, cette prostration, qui s'est aussi présentée chez notre malade, mais avec un caractère moins prononcé. C'est dans cet établissement, qu'après avoir tenté, sans succès, une foule de médications différentes, j'ai été conduit à expérimenter les prépara-

tions de quinquina, et que j'en a constaté les excellents effets.

Depuis lors, je suis resté fidèle à cette médication, dont j'ai eu constamment à me louer, dans tous les cas d'érysipèle ambulant. Lorsque les phénomènes de prostration, qui accompagnent habituellement cette maladie, ont lieu, je me borne à prescrire deux verres de décoction d'écorce de quinquina dans les vingt-quatre heures. Lorsqu'ils sont plus graves, je joins à cette décoction l'extrait résineux de cette écorce, à la dose de 3 à 4 grammes, et, au besoin, je prescris encore la décoction en lavement, associée au camphre. Enfin, il m'arrive quelquefois, quand la coloration de l'érysipèle prend un mauvais caractère, d'ajouter des topiques composés de camphre et de quinquina, au lieu de me borner à des onctions avec l'axonge, comme je l'ai fait sur notre malade. C'est donc à cette médication que je vous engage de vous rattacher, dans les cas semblables à celui-ci. Je suis convaincu que c'est, dans l'état actuel de la science, celle qui peut donner les meilleurs résultats. (*Gaz. des hôpitaux*, décembre 1849.)

FUMIGATIONS (*Nouvel appareil de*). M. Charrière vient d'adresser à l'Académie un nouvel appareil à fumigations, destiné surtout aux organes respiratoires, et expérimenté avec succès dans plusieurs de nos hôpitaux. Les appareils jusqu'ici connus et répandus dans la pratique avaient l'inconvénient d'être munis de tuyaux qui ne laissaient passer les principes médicamenteux des fumigations que sous forme de vapeurs d'une température trop élevée pour être supportables. Certaines exigences du moment ont conduit à imaginer des appareils improvisés, qui, bien que plus avantageux, ne remplissent qu'imparfaitement toutes les indications. L'appareil de M. Charrière a l'avantage de permettre au malade : 1° d'inspirer et d'expirer dans un large conduit élastique, faisant partie lui même du réservoir du liquide ; 2° d'inspirer seulement (l'expiration se faisant en dehors) les vapeurs médicamenteuses à toutes les températures ; 3° enfin de diriger à volonté ces vapeurs sur un organe isolé.

Appareil monté prêt à fonctionner. A. Lampe à alcool destinée à chauffer ou entretenir le liquide contenu dans le réservoir. B. Cercle fenêtré par lequel on peut éteindre la lampe, si la



température du liquide devient trop élevée. C. Réservoir dans lequel est contenu le liquide destiné à former la fumigation. D. Gros conduit en tissu flexible. E. Embouchure destinée à couvrir les voies respiratoires.



Appareil complet renfermé dans sa boîte. (*Compte-rendu de l'Académie.*)

MÉTRORRHAGIE (*Sur l'emploi de la teinture de cannabine dans le traitement de la*). Parmi les médi-

caments récemment introduits dans la thérapeutique, les préparations extraites du *cannabis indica*, la teinture de cannabine, le hachisch, etc., sont restées sans indication précise. On les a essayées dans le traitement des névralgies, des affections nerveuses, du choléra, etc.; mais on n'a pas indiqué nettement à quel état particulier elles étaient surtout applicables. Que faut-il penser de son emploi dans le traitement de la métrorrhagie ? Le nom de M. Churchill, le célèbre professeur d'obstétrique de Dublin, auquel revient cette application nouvelle, nous porte à croire que la teinture de cannabine jouit effectivement, en ce cas, d'une véritable efficacité. C'est dans les métrorrhagies, dans lesquelles l'écoulement sanguin, quoique abondant, reste liquide, ou du moins peu mêlé de caillots, que M. Churchill a obtenu les meilleurs effets de ce médicament; dans ces derniers cas, ce médecin prescrit chaque jour, en trois fois, cinq gouttes de la teinture de cannabine de Donovan. En vingt-quatre ou quarante-huit heures, dit-il, l'écoulement est arrêté, même lorsqu'il y a des douleurs assez vives. Dans certains cas où la métrorrhagie s'était produite très-fréquemment, M. Churchill l'a suspendue presque aussi facilement avec la teinture de cannabine, qu'avec le seigle ergoté. Dans le cas où l'utérus est fortement congestionné et augmenté de volume, et où l'écoulement sanguin est mêlé de caillots, la teinture échoue au contraire souvent. Cependant M. Churchill s'eu est trouvé assez bien dans certains cas d'avortement imminent, lorsque l'hémorrhagie était encore peu abondante et les douleurs rares et faibles; de sorte que, suivant lui, on aurait là un moyen assez sûr de suspendre les avortements. Comme nous l'avons dit, M. Churchill prescrit la teinture de cannabine de Donovan, à la dose de cinq gouttes en trois fois; rarement il dépasse dix gouttes. Il est, en effet, des cas dans lesquels la teinture, même à petite dose, détermine des accidents nerveux; en vingt-quatre ou quarante-huit heures l'effet est produit, mais il est quelquefois instantané. Quelques malades ont un peu de pesanteur de tête, comme si elles avaient pris un verre de champagne. (*Medical Times.*)

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU (*Des applications topiques, et en particulier des applications de nitrate de potasse dans le traitement du*). L'influence des doctrines médicales a toujours été très-grande en thérapeutique, mais il n'est peut-être pas de maladie dans laquelle elles aient plus fait varier le traitement que dans le rhumatisme articulaire aigu. Tous ceux qui ont considéré cette affection comme une maladie générale, comme une espèce de fièvre essentielle, avec détermination vers les articulations, se sont attachés exclusivement aux médications générales, et ont laissé entièrement de côté les inflammations articulaires. Tous ceux, au contraire, qui n'ont vu dans le rhumatisme qu'une arthrite de forme spéciale, se sont efforcés de poursuivre, par des émissions sanguines locales et des topiques locaux, l'inflammation, à mesure qu'elle se déplaçait d'une articulation à une autre. Entre ces deux opinions exclusives, n'y a-t-il pas place pour une opinion mixte? En effet, si les recherches modernes ont définitivement rangé le rhumatisme articulaire aigu parmi les maladies générales; si ces recherches ont établi qu'on pouvait l'atteindre et en triompher par des médications exclusivement générales, telles que celles par le sulfate de quinine et par le nitrate de potasse à haute dose, il n'en est pas moins vrai que le rhumatisme est surtout caractérisé par des inflammations articulaires, offrant presque tous les caractères de l'arthrite : la douleur, la chaleur, le gonflement, et même la rougeur. On peut donc admettre que, dans le rhumatisme articulaire aigu, il y a une place à donner à l'inflammation articulaire, et par conséquent aux moyens locaux. Nous avons vu, dans certains cas de rhumatismes généralisés, après l'emploi de médications générales, même après la cessation de l'état fébrile, l'inflammation se localiser dans une ou plusieurs articulations, et réclamer l'emploi des moyens locaux. Indépendamment de cette circonstance, il n'est pas douteux, ainsi que nous l'avons souvent vérifié dans les hôpitaux, que l'on diminue beaucoup les douleurs, en mettant les articulations malades à l'abri du contact de l'air, en les enveloppant d'ouate, par exemple, et en ayant soin, avant de les envelopper, d'é-

tendre à la surface de la peau une couche de laudanum, ou un liniment de jusquiame. M. Basham, médecin de l'hôpital de Westminster, a fait récemment quelques essais avec les applications topiques salines, principalement avec les applications de nitrate de potasse. Il est assez difficile, ainsi que le fait remarquer ce médecin, de faire la part des applications topiques dans l'amélioration qui se produit dans l'état des articulations. De sa nature, le rhumatisme est fort erratique; et il n'est pas rare de voir, du matin au soir, une articulation abandonnée par le rhumatisme. Cependant des malades qui avaient déjà eu des rhumatismes articulaires aigus se sont trouvés parfaitement de ces applications, et, suivant eux, la douleur, la rougeur et le gonflement ont diminué avec une rapidité qu'ils n'avaient pas constatée à une autre époque. Restait à savoir si c'était à l'influence de la chaleur et de l'humidité, ou bien à celle de la solution saline elle-même, qu'il fallait rapporter l'amélioration.

Pour juger la question, M. Basham choisit deux articulations à peu près au même degré d'évolution du rhumatisme, en lit envelopper une avec des linges trempés dans de l'eau chaude; l'autre, avec une solution chaude de nitrate de potasse. Dans toutes les expériences, l'articulation enveloppée de la solution saline présenta seule une amélioration rapide. L'autre articulation resta dans le même état qu'auparavant. M. Basham a répété cette expérience huit fois : cinq fois sur les deux mains, deux fois sur les deux genoux et une fois sur le coude droit et le poignet gauche. Le résultat a toujours été le même. En vingt-quatre heures, les applications salines avaient fait tomber l'inflammation, tandis qu'elle persistait encore dans les articulations non enveloppées. M. Basham est même tenté de penser qu'il a obtenu des résultats aussi satisfaisants, dans les complications cardiaques, de ces applications salines faites sur la région précordiale. Enfin, ce médecin ajoute avoir retiré de grands avantages des applications topiques locales d'iodure de potassium dans l'arthrite chronique, et du phosphate bibasique de soude dans les attaques de goutte. Un mot maintenant sur la manière de faire les applications : Pour les membres, on peut se servir de flanelle trempée dans une solution concentrée et chaude de nitrate de potasse; on recouvre ensuite le membre d'une enveloppe de soie huilée. Pour les mains, on peut employer des gants en laine épaisse, et pour les pieds, des bas de laine de même nature que l'on recouvre de soie huilée. Mais M. Basham dit s'être encore mieux trouvé d'un nouveau tissu employé en Angleterre pour remplacer les fomentations et les cataplasmes, tissu feutré et spongieux auquel on a donné le nom de *spongio-piline*. On en coupe un morceau suffisant pour entourer l'articulation. On imprègne ce tissu d'eau chaude ou tiède et on en exprime tout ce qui pourrait mouiller les malades; puis on étend sur le côté du tissu qui doit être en rapport avec l'articulation malade une couche très-épaisse de nitrate de potasse en poudre, et lorsque la solution paraît presque terminée, on applique la spongio-piline sur l'articulation. Il suffit de renouveler cette application toutes les six heures. (*Lond. med. chir. Transactions*, t. 32.)

TACHES HÉPATIQUES (*De l'emploi de la teinture de vératrum album dans le traitement des*). Les taches hépatiques sont, de toutes les maladies de la peau, la plus bénigne, en ce qu'elles ne se relient jamais à un état général particulier. Beaucoup de médications topiques ont été proposées contre cette affection. La teinture de vératrum, que recommande le docteur Lilienfeld, est-elle plus efficace que beaucoup de préparations qui encombrent nos formulaires? C'est à l'expérience à prononcer; et comme son usage est inoffensif, nous n'hésitons pas à signaler ce nouveau moyen. Autrefois on employait beaucoup les lotions d'ellébore dans le traitement d'un grand nombre des maladies de la peau. C'est même guidé par ce souvenir que M. Lilienfeld, après avoir expérimenté la plupart des remèdes préconisés contre les taches hépatiques, a eu recours à la teinture de cette plante, et c'est parce qu'il a obtenu le plus beau succès qu'il la recommande à l'attention des praticiens. Ce médecin administre d'abord un purgatif, pour peu qu'il y ait rareté dans les selles; il fait prendre, ensuite, pour ramollir la peau, pendant trois à quatre jours, des bains

savonneux tièdes. Ainsi préparé, le malade se lotionne, tous les jours en se couchant, les parties de la peau où existe la coloration anormale, avec la teinture d'ellébore ; et, le lendemain matin, lave et frictionne ces endroits avec une flanelle trempée dans une eau de savon chaude. Après trois jours de ce traitement, les taches commencent à pâlir, à perdre de leur étendue, et au bout d'un temps très-court, elles s'effacent complétement. Dans aucun cas il ne s'est montré de récidive. La teinture d'ellébore (*veratrum album*) doit être préparée avec la racine fraîche de la plante et de l'alcool pesant spécifiquement 0,830. Trente à soixante grammes suffisent pour le traitement d'un malade. (*Ann. de la Société de Roulers*, 8e livraison, 1849.)

VARIÉTÉS.

DES DEVOIRS DU MÉDECIN,

Par M. le professeur FORGET (de Strasbourg).

« *La vie est un combat.* »
JOB.

De tous temps nos grands hommes se sont préoccupés des conditions morales de la profession. Il est peu de sujets qui aient plus exercé la verve tantôt généreuse et tantôt satirique des auteurs; et pourtant il n'est pas d'objet dont le commun des médecins se préoccupe moins; les uns pensant trouver, sans doute, dans leur for intérieur un guide suffisant pour les diriger dans la pratique, les autres fermant les yeux sur des préceptes importuns, qui ne serviraient qu'à troubler leur conscience et contrarier les calculs de leur ambition.

Il y a quelque temps que la Société de médecine de Strasbourg décida qu'il serait rédigé une *instruction*, un manuel, une espèce de code que les praticiens pourraient consulter à l'occasion des cas litigieux qui, fréquemment, viennent s'offrir dans leurs rapports avec le public ou avec leurs confrères. C'est dans le but de répondre, pour ma part, au vœu de la Société, que j'ai rédigé ces quelques considérations sur les principaux *devoirs du médecin*.

Une question domine ce grand problème des sentiments dont le médecin doit s'inspirer dans le monde : c'est celle de savoir quelle est l'idée qu'on doit se faire de la médecine. « Les médecins considérés comme une classe « d'hommes qui vivent par état de la médecine, ont un intérêt distinct et « séparé de l'honneur de l'art », dit GRÉGORY. Celle-ci n'est-elle donc qu'une industrie, un objet de commerce, un moyen de s'enrichir ? Telle est, il faut bien en convenir, la pensée qui anime les parents et souvent le néophyte lui-même au seuil du sanctuaire. « Il faut, dit-on, que le prêtre vive « de l'autel. » Oui sans doute, mais à condition que le médecin vivra comme le prêtre, c'est-à-dire sans offenser le Dieu du temple.

Au point de vue des nécessités de la vie, la médecine est donc une industrie, mais elle est aussi une sublime vocation, une science quasi-divine, car elle se fait l'émule de la Providence, par les bienfaits qu'elle répand et qu'on attend d'elle sur la terre. La médecine est, avant tout, un art de pure humanité par l'abnégation que la conscience et la loi elle-même exigent de celui qui l'exerce; donc la moralité de la médecine passe avant le lucre

qu'elle doit produire, de même que l'esprit l'emporte sur la matière, de même que l'intérêt général doit l'emporter sur l'intérêt particulier. C'est donc à concilier ces deux éléments, moral et matériel, de la profession, que doit être consacré un manuel de conduite à l'usage du praticien. Pour procéder avec ordre dans l'exposition de ce grave sujet, nous allons traiter successivement les devoirs du médecin, 1° envers lui-même, 2° envers le public, 3° envers ses confrères.

CHAPITRE PREMIER. — *Des devoirs du médecin envers lui-même.* — Ce chapitre serait mieux intitulé : *Des qualités que le médecin doit offrir*, car nous parlerons de certains attributs qu'il ne tient pas toujours à lui de posséder, mais dont il est heureux de jouir. Par exemple : heureux est celui que le hasard ou la nature a doué des qualités du corps. Une physionomie agréable et bienveillante, des manières douces et polies suffisent, avec un peu de talent et ce qu'on appelle esprit de conduite, pour atteindre à la fortune, dans toutes les carrières et notamment dans la nôtre ; tandis qu'il faut un immense mérite pour faire oublier les attributs contraires. Il n'est pas jusqu'à la distinction et à l'euphonie d'un nom propre qui ne puissent aider à s'avancer dans le monde. On cite pourtant des médecins qui ont réussi à se faire une réputation, à la faveur de quelques singularités physiques et morales; et en effet, certaines difformités, une certaine rudesse de caractère frappent quelquefois l'attention du public. Or, fixer l'attention est un grand point, et bien des gens comprennent l'avantage qu'on peut retirer à faire parler de soi quand même. Un jour, je revenais tristement de voir un malade de distinction atteint de maladie mortelle; un vieux médecin, qui excellait dans l'art de se produire, m'aborde en me demandant le sujet de ma peine, et lorsqu'il l'eut appris : « Tant mieux, dit-il, car si votre malade guérissait, personne n'en parlerait ; s'il meurt, au contraire, « chacun voudra savoir qui l'a traité, et voilà votre nom répandu dans le « grand monde. » Il est vrai que cela se passait à Paris.

Quelques auteurs ont agité la question de savoir si une santé florissante est une recommandation bonne ou mauvaise auprès du public. Selon HIPPOCRATE, le praticien qui jouit d'une bonne santé passe, en général, pour ne pas bien soigner ses malades : « *Qui bonâ sunt corporis valetudine vulgò œstimantur cœterorum curam non rectè habere posse.* »(*de Medico.*) RAMAZZINI, au contraire, prétend que l'on préfère un médecin vigoureux, « comme si, ajoute-t-il, on combattait les maladies avec les forces du corps et non avec celle de l'esprit. » (*de Valetud. medici.*) SOCRATE, puis PLATON, et MONTAIGNE qui les approuve, voulaient que le médecin eût éprouvé lui-même les maladies qu'il était appelé à guérir, exigence rationnelle, sans doute, mais un peu sévère, on en conviendra, et qui tient de la tyrannie ombrageuse de certains despotes qui, dans la crainte du poison, faisaient goûter à leurs esclaves tout ce qu'eux-mêmes devaient prendre.

Sur ce point comme sur tant d'autres, le juste est entre les extrêmes. Un extérieur robuste et jovial indique parfois, chez le médecin, trop de penchant à satisfaire aux besoins matériels de la vie et trop peu de souci pour les maux d'autrui. Par contre, une constitution débile et maladive indique peut-être l'impuissance à se guérir soi-même, et l'impossibilité de suffire aux fatigues de corps et d'esprit qu'entraîne l'exercice de l'art.

L'étiquette traditionnelle a consacré la convenance, chez le médecin, d'une certaine gravité dans le maintien et d'une physionomie sérieuse et

pensive en rapport avec la nature de ses préoccupations habituelles. Quelques praticiens, cependant, sont d'avis contraire, et l'on raconte que le célèbre Houlier s'efforçait d'égayer ses malades, persuadé avec raison que la sérénité d'esprit était un puissant élément de guérison. Au demeurant, l'essentiel est d'être décent, affectueux et naturel autant que possible, tout en conservant le caractère que la nature vous a dévolu.

« Ne forçons point notre talent,
« Nous ne ferions rien avec grâce. »

La Fontaine.

Le divin Hippocrate n'a pas dédaigné de s'occuper de la tenue, de la mise du médecin : « *Ejus cultus mundus esto, vestis sit decora.* » (*de Medico.*) La propreté (*cultus mundus*) est certainement de rigueur en médecine comme dans toutes les conditions de la vie. Il est essentiel que le médecin ne comporte en lui rien de repoussant. Quant à l'élégance de la parure (*vestis decora*), bon nombre de praticiens spéculent sur elle et compromettent ainsi la gravité de la profession. Certes! nous ne sommes pas de ces esprits chagrins, *laudatores temporis acti*, qui regrettent la robe noire et le rabat, la perruque à la Louis XIV et la canne à bec-à-corbin, mais nous pensons que le médecin doit répudier les extrêmes de la mode et de la coquetterie dont l'observance accuse un grand fonds de futilité. Il doit être simple et sévère dans sa mise; il doit éviter toute singularité dans ses vêtements, sa coiffure, ses bijoux, etc., sous peine de paraître viser à l'effet, c'est-à-dire au charlatanisme. Quelques médecins reçoivent le nom de *docteurs à l'eau de rose*, en raison, sans doute, de l'abus qu'ils font des cosmétiques et des senteurs. Triller a écrit une dissertation *de Odore medico*, dans laquelle, un peu contre l'avis d'Hippocrate, il blâme l'usage des parfums. L'oracle de Cos avait dit : « *Unguentis utatur benè olentibus citrà omnem odoris suspicionem* » : qu'il use de parfums, mais non de manière à faire croire qu'il en ait besoin. Or, la chose est difficile, et il peut même en résulter un tort réel pour le praticien. Une foule de personnes, parmi les femmes surtout, sont désagréablement affectées par les odeurs fragrantes, et l'on ne peut, à cet égard, prévoir toutes les susceptibilités individuelles. Aussi Dietrich a-t-il eu raison de dire : « *Optimè olet medicus cùm nihil olet* »; c'est le moyen d'échapper à l'épigramme de Martial : « *Non benè olet qui benè semper olet* » ; aussi sommes-nous de l'avis du poëte : « *Malo quàm benè olere, nil olere.* »

Il en est un peu de la fortune comme de la beauté; le hasard y contribue autant et souvent plus que le mérite. Cependant le public se confie plutôt à celui qui passe pour riche qu'à celui qui passe pour habile, et pourtant, comme l'a si bien dit Ramazzini : « *Satis fortunatus est qui prudens est.* » Et si l'homme de talent devient moins riche qu'un autre, c'est que probablement il a consumé dans des veilles studieuses le temps que l'autre a consacré à des intrigues de salon, de boudoir et même d'antichambre.

Néanmoins, nous ne saurions blâmer le déploiement d'une certaine aisance, puisque celle-ci est une recommandation pour le public et en même temps un gage d'indépendance. Pour s'établir dans le monde, on fait tout ce qu'on peut pour y paraître établi. Cette remarque de Larochefoucauld n'exprime rien de blâmable absolument; mais combien de praticiens spéculent sur le luxe ruineux de leur intérieur, de leurs réceptions splendides et de leurs frin-

gants équipages ! Et si vous saviez combien de misères morales et domestiques sont souvent déguisées sous ces oripeaux ! Au demeurant, la possibilité d'étaler ces richesses est de beaucoup l'exception dans une malheureuse profession où si souvent manque le nécessaire.

Passons à d'autres considérations d'un ordre plus relevé. Par tous les pays, a dit J.-J. ROUSSEAU, les médecins sont les hommes les plus véritablement savants. Cet hommage est une éclatante réparation des boutades hypocondriaques dirigées contre nous par le philosophe de Genève. Cette supériorité réelle du médecin dérive de deux causes principales : la première, c'est que notre profession, ainsi que l'a très-bien fait observer un ministre (M. SALVANDY), est la seule qui comporte la garantie préliminaire de trois diplômes scientifiques (1) ; la seconde, plus inhérente à la profession, c'est que pour se maintenir à la hauteur de son mandat, le médecin est obligé de s'initier à la plupart des connaissances humaines, depuis la géologie jusqu'à la métaphysique. Je l'ai dit après tant d'autres : la médecine n'est pas seulement l'art de distribuer des drogues : « Pénétrer dans les « replis mystérieux de l'âme, épier et découvrir les secrets du cœur, dé« masquer et combattre les passions en les privant de leurs aliments, en « détournant leur cours, en suscitant entre elles des antagonismes salutai« res, quelquefois en les satisfaisant dans les limites de la morale et de la « raison, telle est l'œuvre du médecin philosophe, à la hauteur de laquelle « n'atteindra jamais le praticien absorbé par la matière » (*Mémoire sur l'hystérie*). « *Si quis optimus medicus est, eumdem esse philosophum* », a dit GALIEN.

C'est dans l'étude de la philosophie que le praticien puisera ces qualités fondamentales sur lesquelles je ne veux pas m'étendre ici, tant elles doivent être inhérentes au caractère du médecin, à savoir : l'humanité, la douceur, la patience, la fermeté, la continence et même la tempérance, sur laquelle certains auteurs, tels que FR. HOFFMANN et GRÉGORY, s'étendent longuement, comme si l'ivrognerie n'était pas le vice le plus infime dans toutes les conditions de la société, et, à plus forte raison, chez le médecin, dont la haute et froide raison peut être invoquée à chaque instant de sa vie !

De là suit la nécessité de cultiver son esprit et d'élever son âme, en conférant parfois avec les illustrations de la littérature et de la morale : « *Non « oportet medicus esse totus in curarum sordibus* », a dit BACON. Dans la bibliothèque du médecin se trouvera donc un rayon pour les sciences profanes, ce qui ne l'augmentera pas de beaucoup, car les livres essentiels sont peu nombreux ; et d'ailleurs, ne pouvant les lire tous, il suffit, comme dit SÉNÈQUE, d'avoir ceux que l'on doit et peut lire ; et pour conclure par une comparaison tirée du métier, nous dirons avec un moraliste : « Les biblio« thèques sont pour l'esprit ce que les pharmacies sont pour le corps. » (SAINT-MARTIN.) C'est-à-dire qu'on y trouve des remèdes et des poisons.

En France, nous commençons à comprendre l'utilité des voyages pour les médecins, utilité sentie depuis longtemps par les nations voisines, et proclamée par les écrivains de tous les temps. HIPPOCRATE et GALIEN furent les premiers et les plus illustres des médecins voyageurs. THOMAS BARTHOLIN a dédié à son fils un livre sur ce sujet. Un médecin anglais, RADCLIFFE, légua une somme d'argent spécialement destinée à défrayer

(1) Ceux de bachelier ès lettres, de bachelier ès sciences et de docteur en médecine.

de jeunes médecins choisis par un jury, pour parcourir les pays lointains. Odier, de Genève, a proposé à l'Institut d'établir une fondation de cette espèce, et il y a quelque temps que l'Académie de médecine agita une question semblable et fit la proposition d'instituer aux frais du gouvernement des *médecins voyageurs*. Les voyages, en effet, sont utiles à toutes les périodes de la carrière médicale ; dans la jeunesse, ils forment le jugement en rectifiant une foule de conceptions imaginaires ; ils enseignent à juger sainement des hommes et des choses, et fournissent les éléments du choix à faire entre les écoles et les doctrines. Dans l'âge mur, les voyages procurent aux hommes distingués l'occasion de connaître et de se faire connaître à l'égard des célébrités étrangères : quelques-uns même savent rendre leurs pérégrinations passablement lucratives et comprennent parfaitement la valeur de cette remarque du poëte :

« *Si minùs errasset, minùs notus esset Ulysses.* »

Ovide.

Aussi l'époque des vacances est-elle ordinairement consacrée à d'utiles migrations par la plupart des notabilités de nos écoles.

Pour ce qui est de l'instruction, de l'érudition médicale proprement dite, avons-nous besoin d'y insister? Quel médecin, s'il interroge sévèrement sa conscience, n'en comprend l'utilité, la nécessité? Qui ne sent le vice radical de la distinction établie par le vulgaire entre le médecin savant et le médecin praticien? Certes, la pratique est nécessaire, mais la science ne l'est pas moins ; car s'il est une vérité flagrante, c'est que « l'homme ne peut qu'autant qu'il sait. » (Bacon.)

Les médecins arabes étaient de grands empiriques, et pourtant un des plus célèbres d'entre eux, Rhazès, a dit : « J'aimerais mieux qu'un médecin n'eût pas vu de malades, que d'ignorer ce qu'ont dit et écrit les anciens. Mais dès qu'il a lu et comparé leurs observations et leurs préceptes, avec peu de pratique il sera en état de traiter ses malades avec plus de succès que le médecin le plus occupé qui ne lit point. » Zimmermann va plus loin ; il prétend que le médecin le plus occupé est un médecin dangereux s'il ne lit pas. En effet : « La pratique seule n'enseigne point l'art ; car il ne manque pas de mauvais médecins qui ont blanchi dans la pratique. » (Barker.) Hecquet avait coutume de dire : « Il y en a qui voient beaucoup de malades, mais je vois peut-être plus de maladies. »

Ceci nous conduit à parler d'une qualité non moins essentielle que la science même, c'est la probité. Il manque de probité, celui qui exerce sans avoir fait tous ses efforts pour se rendre aussi savant que possible dans l'art de guérir ; il manque surtout de probité, celui qui pratique la médecine sans y croire fermement ; ainsi que l'a dit Cabanis : « Le manque de foi chez le médecin est la plus criminelle des impostures, car il s'attaque à la vie des hommes. » (*Certit. de la méd.*) L'histoire nous fournit de nobles exemples de médecins qui ont renoncé à la pratique par cela seul qu'ils ne se sentaient pas à la hauteur de leur mandat, ou parce qu'ils en étaient venus à douter de la puissance de l'art. Plutarque parle d'un médecin qui, par conscience, crut devoir s'interdire la pratique d'un art dont les bienfaits lui paraissaient plus que douteux. Le grand Haller n'exerça la médecine que fort peu de temps, ne pouvant surmonter la répugnance que lui causait la pratique et surtout l'odeur du sang. Le cé-

lèbre **Mascagni** renonça promptement à l'exercice de l'art : «Métier trop « périlleux », dit-il : *Mestiere troppo pericoloso*. On rapporte que le médecin **Vernage** se retira après trente ans de pratique, en disant : « Je suis «las de deviner.» **Vitet**, l'auteur de la *Médecine expectante*, fit mieux encore : il renonça à la pratique dès son début, et n'y revint qu'après de nouvelles études.

C'est aussi manquer de probité que de n'avoir pas le courage de ses convictions et de faillir à l'administration d'un remède, parce que des préjugés s'élèvent contre celui-ci. « Dans un danger pressant, risquez tout « pour sauver le malade, même votre réputation », a dit **Hufeland**.

L'honnête praticien doit marcher devant lui sans se préoccuper des clameurs populaires. Il doit se dire avec le poëte :

« *Populus me sibilat, ipse plaudo mihi.* »
Horace.

Plus un homme est haut placé dans l'opinion, plus il est on butte aux calomnies ; la méchanceté accompagne toujours l'ignorance, et tous les grands hommes, depuis **Socrate**, ont eu à gémir des persécutions dont ils ont été l'objet. Pour ce qui est de notre profession, il nous suffira de rappeler les doléances de **Sydenham**, de **Fr. Hoffmann**, de **Guy-Patin**, de **Zimmermann**, de **Dehaen**, de **Stoll**, de **Ramazzini**, de **Stock**, etc., sans parler des modernes. Aussi ne sommes-nous pas de l'avis de **Ramazzini**, qui conseille au praticien de s'enquérir de ce qu'on pense de lui dans le monde, afin de se réformer au besoin. La conscience est, à coup sûr, un meilleur guide que l'opinion qui, d'ailleurs, ne manque jamais d'aboyer en sens contraire. Je sais tel praticien qui passe généralement pour un antagoniste acharné de la polypharmacie, et que l'on récusait naguère, sous prétexte qu'il prodigue les médicaments.

« ..... Est bien fou du cerveau
« Qui prétend contenter tout le monde et son père. »
La Fontaine.

De par l'expérience, nous nous rangerions donc à l'avis de **Bacon**, lequel a dit : « Il est incroyable combien cette inutile curiosité de savoir ce qu'on « pense de nous répand d'amertume sur notre vie ! »

Que si l'honorable praticien est en butte à l'envie, il n'est pas moins exposé à céder lui-même aux suggestions de cette passion maudite si profondément enracinée au cœur de l'homme. Quel médecin, en effet, n'a sur la conscience une petite médisance, pour ne pas dire plus? Lequel n'a, mainte fois, risqué un mot, un geste, une expression de physionomie dans le but instinctif de déprécier un confrère ? Et comme l'a dit **Montaigne**, « qui vit jamais médecin se servir de la recette de son compagnon, sans y « ajouter ou retrancher quelque chose?» Or, c'est ce malheureux penchant qui maintient tous les membres de la famille médicale en état de suspicion légitime à l'égard les uns des autres ; c'est lui qui, dans un confrère, nous fait voir un ennemi probable ; c'est lui qui soulève et envenime les rivalités et nous livre en pâture aux sarcasmes du public. Eh bien ! cet odieux instinct ne peut être comprimé que par une profonde droiture et beaucoup d'énergie morale, soutenues par un grand fonds de lumières et de philosophie. C'est le culte de l'âme qui seul peut nous élever au-dessus de ces calculs infimes qui dégradent tout à la fois l'individu et la profession même.

Ce n'est également que par un effort quasi surhumain que le praticien pourra se résigner aux lois de la sincérité et de la modestie. Certes, les médecins sont loin de jouir dans le monde de l'estime qui leur est due pour leurs talents et pour les services qu'ils rendent à la société : « *Medicis hodiè* « *minor quàm par est reverentia et minora meritis præmia* » (Baglivi), et nous sommes les gardiens naturels de notre valeur personnelle et de notre dignité professionnelle; mais que la pente est facile d'une fierté décente à un coupable charlatanisme ! « Un charlatan qui vante ses secrets est préféré à un homme de bien qui ne se vante de rien », a dit Guy-Patin (lettre 107); et combien n'est-il pas rare de voir un praticien convenir des erreurs qu'il peut avoir commises ? « Il y a des médecins qui reconnaissent « leurs torts, dit Grégory, mais ils sont trop orgueilleux pour avouer leurs « erreurs, surtout si c'est quelqu'un de la profession qui les leur découvre. » A cet orgueil, ajoute-t-il, ont été sacrifiées des millions de vies. Aussi de quelle puissance morale ne faut-il pas être doué pour immoler le lucre et l'amour-propre au culte de la conscience ! Et pourtant, il est des esprits éminents qui n'ont pas craint d'avancer que, tout bien considéré, la vertu est une bonne affaire et le meilleur des calculs : « Celui-là réussira le mieux qui sera le plus sincère », a dit Stoll, et Cabanis fait remarquer que les médecins les plus habiles et finalement les plus honorés, sont ceux qui ont à la fois de l'âme et du talent.

Nous venons de parler de dignité. Ceci rappelle que la médecine est généralement réputée une des professions les plus libérales. Entend-on par là que l'esprit y prend plus de part que le corps ? A la bonne heure ; mais si l'on prétendait dire par cette phrase qu'elle est une des plus libres, des plus indépendantes, hélas ! nous demanderions d'abord si la liberté, l'indépendance peuvent exister dans l'ordre social, puis à quel titre la médecine, ou plutôt les médecins pourraient se croire indépendants ? « La vie d'un médecin « praticien, dit Fréd. Hoffmann, peut à bon droit être regardée comme « la plus malheureuse de toutes. Il est l'esclave des esclaves, et presque « tout son temps doit être employé à servir les autres et à ruiner sa santé « à leur service. Aussi un vieux médecin est-il un oiseau rare (*rarissima* « *avis*). » Cette triste sentence est confirmée par la statistique du docteur Casper, de Berlin, qui démontre que pour la longévité les médecins viennent après les théologiens qui sont les mieux partagés, puis après les agriculteurs, les commerçants, les militaires, les avocats, les artistes et les littérateurs. Quoi qu'il en soit, ne nous plaignons pas trop du despotisme de la loi qui nous impose à nous, à nous seuls, une espèce de servage pour cause d'utilité publique. Si cette sujétion aux volontés et souvent aux caprices du public n'était pas écrite dans le Code, nous la trouverions toujours au fond de notre cœur, et il n'arriverait pas moins que « le médecin tremblant la lièvre irait souvent visiter celui qui ne fait que la craindre. » (Guy-Patin.)

Cette courageuse abnégation éclate surtout dans deux circonstances : d'abord au sein des épidémies où tout médecin digne de ce nom se précipite sans plus marchander sa vie que le soldat sur le champ de bataille, puis sur le champ de bataille même où le médecin aujourd'hui se montre l'émule du soldat. Les temps sont loin de nous où Galien et le grand Sydenham lui-même s'éloignaient prudemment de leurs cités en proie à des maladies pestilentielles, et où le célèbre A. Paré posait pour condition à Charles IX de ne jamais exiger de lui *de se montrer en une bataille au*

combat. La naïveté avec laquelle ces grands hommes racontent des actes qui couvriraient de honte les praticiens d'aujourd'hui, est une preuv éclatante des progrès que les médecins ont faits dans les voies de l'honneur et de l'humanité.

Le médecin est religieux. C'est à tort qu'on a prétendu que l'étude de la médecine était par elle-même une école d'athéisme. Le merveilleux spectacle des mystères de l'organisation est au contraire une solennelle glorification de la Providence, et l'on a dit avec raison qu'un traité d'anatomie ou de physiologie était un hymne au Créateur. Mais la religion du médecin est douce et tolérante ; elle ne fait acception d'aucune secte, elle n'exclut aucune communion ; elle ferme les yeux sur l'impiété même ; son rôle, à elle, étant de rayonner sur tous les hommes, sans prétendre à censurer ou à diriger les consciences. Que si le médecin avait le malheur d'être athée, il devrait se garder de révéler ses convictions, moins encore de peur d'altérer l'estime que lui porte le public, que pour ne pas répandre l'amertume et le désespoir dans l'âme des malades qui, sur sa parole, pourraient ne voir dans la mort que le néant.

Une des circonstances les plus pénibles pour le médecin est celle où, prévoyant la fin prochaine du malade, il est mis en demeure de l'exhorter à remplir ses derniers devoirs religieux et à régler ses affaires temporelles. Il lui faut beaucoup d'adresse et de présence d'esprit pour insinuer cette fatale obligation, qu'il doit toujours présenter comme une précaution de pure prévoyance et non comme une nécessité actuelle. Parfois, peut-être, fera-t-il mieux de se borner à prévenir la famille en l'engageant à confier au ministre de la religion lui-même cette mission douloureuse qui est essentiellement dans les attributions du médecin de l'âme.

En conséquence du principe de bienveillance universelle que nous venons de poser, il ne convient point au médecin d'afficher des opinions tranchées en matière politique. Ce serait se rendre suspect d'indifférence ou même d'animosité envers ceux qui professeraient d'autres opinions que les siennes. Les médecins qui prétendent jouer un rôle en politique sont rarement des praticiens répandus : ce sont des savants spéculatifs ou des médecins pour lesquels la politique n'est souvent qu'un moyen d'attirer l'attention ou de se concilier la faveur et le patronage d'un parti.

De là suit encore que le médecin est essentiellement cosmopolite : les malheureux, quelle que soit leur nation, ont droit aux secours de son art. Le trait d'Hippocrate refusant les présents d'Artaxerce est, selon moi, beaucoup trop vanté ; il est beau comme acte de désintéressement, mais au point de vue de l'humanité, à peine trouve-t-il une excuse dans l'état de guerre des Perses contre les Grecs. A ce compte, en effet, nos chirurgiens devraient laisser périr les blessés ennemis sur les champs de bataille.

Il est peu honorable pour le médecin de s'immiscer dans des entreprises industrielles, commerciales ou autres ; l'esprit mercantile est antipathique au libéralisme médical, et ces déviations de la ligne normale n'ont d'excuse que dans le besoin de vivre et les suggestions de la *malesuada fames*. Le médecin peut renoncer à son titre pour se faire franchement spéculateur, mais il ne peut guère être en même temps l'un et l'autre. C'est pour lui que paraît avoir été formulé l'axiome : *Age quod agis*.

Dans un prochain numéro, nous allons le voir dans ses rapports avec la société.

Le choléra a disparu partout, même en Algérie ; mais dans ce pays la profession médicale a payé un tribut trop cruel pour qu'il ne soit pas du devoir de la presse médicale de porter à la connaissance de tous, le nom des hommes qui sont morts aussi au champ d'honneur dans cette campagne contre un ennemi invisible. Le corps des officiers de santé militaires n'a pas perdu moins de quatorze de ses membres : un chirurgien principal, M. Poullain ; deux médecins ordinaires, MM. Julia et Goerdop ; un médecin adjoint, M. Jacquot ; un chirurgien-major, M. Denis ; deux aides-majors, MM. Barra et Lallart ; et sept sous-aides, MM. Bellot, Donzinelle, Dispot, Suirolle, Sainte-Marie, Balbien et Barbaud.

L'Académie de médecine a fait une perte très-douloureuse dans la personne de M. Prus. On sait la part que cet honorable académicien avait prise aux réformes qui ont changé, en Europe, l'état des mesures quarantenaires. M. Prus avait voulu aller en Egypte suivre lui-même la mise à exécution des mesures sanitaires à l'adoption desquelles il avait travaillé. Il a été pris, pendant son séjour dans ce pays, des symptômes d'une phthisie pulmonaire qui l'a conduit au tombeau, très-peu de temps après son retour en France.

M. le docteur Barrier a pris, depuis le 1er janvier 1850, la direction chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le service se compose, en outre, de MM. Desgranges et Vallette, aides-majors ; Bonnet et Pétrequin, professeurs de clinique.

M. Bouchacourt vient d'être chargé, en outre de son cours d'anatomie et de physiologie, de celui de médecine opératoire à l'Ecole de médecine de Lyon.

La Société de médecine de Bordeaux a mis au concours de 1850 la question suivante : *Etudier la pellagre, principalement au point de vue de son étiologie.* Prix : 300 fr. ; et au concours de 1851, cette autre question : *De la méningite tuberculeuse, étudiée au point de vue clinique ; insister sur l'étiologie et le traitement.* Prix : 300 fr.

Notre honorable confrère, M. le docteur Bertulus, professeur d'hygiène à l'Ecole préparatoire de médecine de Marseille, a obtenu le prix sur cette question : *Existe-t-il des fièvres intermittentes qu'on doive traiter par d'autres moyens que le quinquina ?* Des mentions honorables ont été accordées à M. Luroth, médecin à Bischweiler (Bas-Rhin), et à M. Massart, médecin à Napoléon-Vendée).

Le Conseil général de la Seine, d'après l'insistance de nos honorables confrères du Conseil général de la Seine, et en particulier de M. le docteur Thierry, a émis, dans sa dernière séance, le vœu que des cours d'hygiène de chimie et de physique élémentaires soient faits dans les différents arrondissements de Paris ; il a renouvelé le vœu émis dans les années 1847 et 1848, pour qu'un cours d'hygiène publique, appliqué aux ouvriers des différentes industries, soit fait au Conservatoire des arts et métiers de Paris.

Les sourds-muets de Paris ont procédé ces jours derniers, dans une réunion générale, à l'élection des membres délégués et à l'organisation d'une société d'assistance et de prévoyance qui se propose un double but : travailler à perfectionner le mode d'éducation ; venir au secours de ceux qui, par leur position ou par leurs infirmités, pourraient en avoir besoin.

Le célèbre professeur Giacomini, si connu par ses travaux sur le contro-stimulisme, est mort dans les derniers jours de l'année 1849.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE LA GALVANISATION LOCALISÉE ET DE SON EMPLOI DANS LE TRAITEMENT DE DIVERSES MALADIES.

Il est peu de méthodes thérapeutiques qui aient excité à leur aurore un plus grand enthousiasme, qui aient fait concevoir des espérances aussi grandes et aussi ambitieuses que l'application de l'électricité au traitement des maladies. On peut voir, dans les auteurs du dernier siècle qui ont écrit sur l'électricité médicale, combien étaient nombreuses à leurs yeux les applications utiles de ce nouvel agent; on peut voir, rapportés dans leurs ouvrages, des faits nombreux et multipliés de guérison des maladies les plus diverses et les plus opposées dans leur nature. Il faut, sans doute, faire la part de l'engouement pour une découverte qui changeait la face de la physique et menaçait, par son introduction dans la physiologie, de renverser tous les principes admis jusqu'à ce jour. Mais est-il possible, d'un autre côté, d'admettre que les hommes les plus instruits de cette époque aient toujours été dupes de leurs illusions? Peut-on davantage supposer qu'ils aient voulu tromper leurs contemporains? Le nom des hommes distingués qui ont pris part à ce grand mouvement du dernier siècle est un sûr garant qu'ils obéissaient seulement à une conviction profonde, et à un enthousiasme peut-être un peu irréfléchi. Depuis cinquante ans, ces expériences ont été répétées, et tous ceux qui les ont suivies avec attention et persévérance ont fini par reconnaître qu'il y a dans l'électricité, appliquée suivant certaines règles et d'après des indications déterminées, une médication thérapeutique puissante, que nulle autre ne remplace, et à laquelle nulle autre n'est supérieure.

L'humanité est ainsi faite, qu'elle mêle toujours beaucoup d'erreurs à quelques grains de vérité. Les siècles de critique et d'analyse comme le nôtre travaillent à dégager la vérité des erreurs qui l'obscurcissent, et on ne peut douter que les travaux de Sarlandière, de M. Magendie, etc., n'aient fait beaucoup pour répandre parmi les médecins l'emploi de l'électricité en thérapeutique. Comment se fait-il cependant que, de nos jours encore, l'électricité reste entre les mains de quelques médecins qui seuls savent s'en servir avec avantage? Comment se fait-il que l'électricité ne soit pas entrée dans la thérapeutique usuelle?

Plusieurs circonstances peuvent rendre compte de ce délaissement injuste qui pèse sur l'électricité médicale. D'une part, les médecins sont loin de posséder des instruments d'une application facile et com-

mode ; et surtout, ils sont loin d'être fixés sur la valeur des différents procédés auxquels on a recours généralement pour faire intervenir l'électricité comme moyen thérapeutique ; d'autre part, ils ne possèdent aucune donnée précise, aucune indication certaine sur les cas où l'électricité est plus spécialement applicable. Placez, par exemple, un jeune médecin en présence d'une paralysie qui a résisté jusque-là à tous les moyens de la thérapeutique usuelle, et demandez-lui, lorsqu'il aura décidé l'emploi de l'électricité, à quel procédé il aura plus particulièrement recours. Il choisira probablement la galvanisation, qui lui fournit incessamment une action énergique. S'il le fait, ce sera plutôt par une espèce de conviction intime de son efficacité que par une conviction fondée sur une appréciation bien exacte des différents procédés d'électrisation. Mais cette galvanisation, comment l'emploiera-t-il ? Ira-t-il, au risque de déterminer des douleurs atroces, et d'agir à la fois sur tous les éléments constitutifs d'un membre, placer les deux excitateurs sur la peau, à une distance considérable l'un de l'autre? Ou bien ira-t-il, comme Sarlandière et M. Magendie, introduisant des aiguilles dans les tissus, chercher à agir plus particulièrement sur telle ou telle partie de l'organisme ?

A quelque point de vue qu'on se place, la méthode proposée par Sarlandière et M. Magendie, l'*électro-puncture*, a été un véritable progrès. Qu'on jette un coup d'œil sur les autres modes d'électrisation, et l'on ne tardera pas à s'en convaincre. Comment agit la *machine électrique*, par exemple ? Son action principale s'exerce sur la peau ; et, quant aux contractions qu'elle détermine dans le système musculaire, elles sont si irrégulières qu'on ne saurait y compter pour modifier heureusement les paralysies du mouvement. Son action sur la peau est elle-même irrégulière, difficile à modérer et à diriger. La *bouteille de Leyde*, c'est-à-dire l'électricité à forte tension, développe, il est vrai, des contractions musculaires ; mais la sensation douloureuse et la commotion générale qu'elle produit rendent l'opération dangereuse. Quant au *bain électrique*, il y a longtemps que tout le monde est fixé sur la nullité de son action thérapeutique. L'*électro-puncture*, elle-même, a quelques inconvénients qui ont été signalés dans ces derniers temps par M. le docteur Duchenne (de Boulogne), auquel appartient la nouvelle méthode de galvanisation, dont nous aurons bientôt à nous occuper. Si l'électro-puncture a pour avantage de permettre d'isoler l'excitation des muscles de l'excitation de la peau, cet isolement n'est pas complet ; au point où l'aiguille est enfoncée, il y a toujours production d'une sensation de brûlure et de douleur bien vive ; et, quant aux contractions musculaires produites par l'électro-punc-

ture, elles sont presque toujours irrégulières et imprévues, de sorte que, pour faire arriver l'excitation dans toute la fibre d'un muscle, il faudrait enfoncer dans son tissu un très-grand nombre d'aiguilles.

Il était donc utile de trouver une méthode de galvanisation qui permît de limiter l'action électrique dans la peau ou dans les organes sous-jacents, sans piquer ni inciser la peau, et sans agir sur d'autres organes que sur ceux qu'on veut atteindre. C'est cette méthode que M. Duchenne a découverte, et à laquelle il a donné le nom de *galvanisation localisée.* Voici d'après quels principes il a été conduit à l'instituer : lorsque chez l'homme sain on applique sur les différents points de l'enveloppe cutanée les excitateurs d'un appareil d'induction, on observe les phénomènes suivants : si la peau et les excitateurs sont parfaitement secs, et l'épiderme d'une grande épaisseur, comme cela s'observe chez certains sujets que leur profession expose souvent au contact de l'air, des porteurs d'eau, des jardiniers, etc., les deux courants électriques se recomposent à la surface du derme sans le traverser, en produisant des étincelles et une crépitation particulière sans phénomènes physiologiques. Met-on sur la peau un excitateur humide et l'autre sec, le sujet soumis à l'expérience accuse, dans le point où le second excitateur n'avait développé que des effets physiques, une sensation superficielle, évidemment cutanée. C'est que les électricités contraires se sont recomposées dans le point de l'épiderme sec, mais après avoir traversé la peau par l'excitateur humide. Mouille-t-on très-légèrement cette peau dont l'épiderme offre une très-grande épaisseur, il se produit dans les points où sont placés les excitateurs métalliques une sensation superficielle, comparativement plus forte que la précédente, sans étincelles ni crépitation. Ici la recomposition électrique a lieu dans l'épaisseur de la peau. Enfin, la peau et les excitateurs sont-ils très-humides, on n'observe ni étincelles, ni crépitation, ni sensation de brûlure, mais on obtient des phénomènes de contractilité ou de sensibilité très-variables, suivant qu'on agit sur un muscle ou sur un faisceau musculaire, sur un nerf ou sur une surface osseuse. (Dans ce dernier cas, on détermine une douleur vive d'un caractère tout particulier : aussi doit-on éviter avec soin de placer les excitateurs humides sur les surfaces osseuses.)

On voit sur quelles bases repose la méthode de galvanisation localisée de M. Duchenne. Suivant l'état de sécheresse ou d'humidité de la peau, les recompositions électriques s'opèrent à la superficie, ou dans la profondeur des tissus, et développent des phénomènes en rapport avec les fonctions des organes où ces recompositions s'opèrent. Les tissus principaux dans lesquels a lieu cette recomposition des deux

fluides sont la peau, le système musculaire et les troncs ou plexus nerveux ; de là trois espèces principales de galvanisation localisée, la galvanisation cutanée, la galvanisation musculaire et la galvanisation des troncs ou des plexus nerveux. Nous ne faisons pas une espèce particulière de la galvanisation des organes creux contenus dans les cavités, bien que nous ayons à en dire quelque chose après avoir étudié les différents procédés que nous avons vu employer par M. Duchenne et que nous avons employés nous-même pour galvaniser les trois grands systèmes de l'économie.

1° *Galvanisation cutanée.*—La galvanisation de la peau peut être pratiquée soit avec la *main électrique,* soit avec des *corps métalliques pleins,* soit avec *des fils métalliques.*

Dans le premier procédé, on se sert d'un excitateur humide, une éponge enfoncée dans un cylindre pareil à celui que nous avons fait

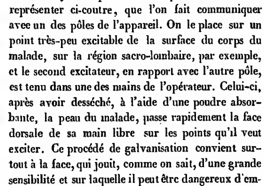


Fig. 7.

représenter ci-contre, que l'on fait communiquer avec un des pôles de l'appareil. On le place sur un point très-peu excitable de la surface du corps du malade, sur la région sacro-lombaire, par exemple, et le second excitateur, en rapport avec l'autre pôle, est tenu dans une des mains de l'opérateur. Celui-ci, après avoir desséché, à l'aide d'une poudre absorbante, la peau du malade, passe rapidement la face dorsale de sa main libre sur les points qu'il veut exciter. Ce procédé de galvanisation convient surtout à la face, qui jouit, comme on sait, d'une grande sensibilité et sur laquelle il peut être dangereux d'employer d'autres excitateurs. Cependant, toutes les fois qu'on emploie ce procédé de galvanisation électro-cutanée de la face, il faut arriver graduellement aux doses les plus élevées. La galvanisation par la main électrique convient encore dans ces cas où il est indiqué de rompre l'équilibre naturel de l'électricité du corps, sans développer des phénomènes physiologiques sensibles. La vive crépitation produite par le passage rapide de la main sur tous les points du corps est le seul phénomène apparent. L'effet de cette opération est comparable à ce qu'on a appelé le bain électrique.

Pratique-t-on la galvanisation de la peau par les *corps métalliques pleins* et par les *fils métalliques*, les excitateurs métalliques, meilleurs conducteurs que l'épiderme, produisent à la peau une excitation vive, une sensation qui peut aller jusqu'à celle de la brûlure, et une action organique caractérisée par de petites élevures et de la rougeur quelquefois érythémateuse, etc. Pour que l'action galvanique ne dé-

passe pas les limites de la peau, il faut que celle-ci soit complétement desséchée, comme précédemment. Cependant, on doit savoir que si l'épiderme est trop épais et trop dur, comme cela se rencontre dans certaines affections cutanées, ou dans certaines professions, et principalement aux mains et aux pieds, qui sont souvent en contact avec l'eau et avec l'air, le sujet n'éprouve aucune sensation, bien que l'on entende toujours la crépitation électrique. Il faut, dans ces cas, humecter *très-légèrement* la peau, pour que l'excitation électrique arrive dans l'épaisseur du derme.

Il est à peine nécessaire de dire que cette excitation électro-cutanée doit être proportionnée aux indications particulières. Ainsi, dans certaines anesthésies, il n'est pas d'appareils assez puissants ; et dans d'autres cas, avec une excitation moyenne on rend à la peau, en quelques minutes, sa sensibilité normale, quand les autres moyens thérapeutiques avaient échoué.

Les *excitateurs métalliques pleins* sont ou des olives, ou des cylindres, qui se vissent sur des manches isolants. Les premiers servent à la galvanisation du cuir chevelu ; les seconds sont destinés à exciter, par leur face externe, la peau des membres et du thorax. Ces excitateurs doivent toujours être promenés plus ou moins rapidement sur les parties malades. Dans certains cas particuliers, lorsqu'il est besoin de produire dans un point très-limité une très-vive révulsion, on laisse en place pendant quelque temps la pointe de l'olive ; c'est le *clou électrique,* ainsi appelé par les malades, qui comparent son action à celle d'un clou brûlant qu'on enfoncerait dans la peau, et qui peut être appliqué surtout au voisinage de la colonne vertébrale.

Fig. 8.

Fig. 9.

Les *fils métalliques* sont employés sous forme de vergettes, ou en balais, enfoncés dans des cylindres, qui se vissent également sur des manches isolants. On peut affirmer que le courant qui passe par les fils métalliques agit sur la sensibilité cutanée avec trois fois plus d'énergie que lorsqu'il arrive à la peau par les corps métalliques pleins. Aussi n'emploie-t-on ce dernier procédé que dans les cas extrêmes.

Fig. 5.

Fig. 6.

Il y a deux manières de galvaniser par les fils métalliques ; tantôt

on parcourt la surface malade en frappant légèrement la peau avec l'extrémité des balais; tantôt on les laisse en place aussi longtemps que le malade peut les supporter. Le premier procédé, connu sous la dénomination de *fustigation électrique,* est le plus usité. Le second, rarement supporté par les malades, peut être employé cependant dans des affections profondes, comme les tumeurs blanches. C'est ce qu'on appelle le *moxa électrique*.

En terminant ce qui a trait au mode d'application de la galvanisation cutanée, nous devons dire que, quel que soit le mode de galvanisation mis en usage, les intermittences du courant doivent être aussi rapides que possible.

2° *Galvanisation musculaire.* — On obtient des contractions artificielles, ou en portant l'action électrique dans les plexus, les troncs nerveux ou dans les filets qui en émanent (c'est la *galvanisation musculaire indirecte*), ou en limitant l'excitation dans chacun des muscles ou dans leurs faisceaux (c'est la *galvanisation musculaire directe*). La première produit des mouvements d'ensemble, la seconde ne donne lieu qu'à des mouvements partiels.

Pour que les actions électriques se manifestent dans les tissus sous-cutanés, nerfs, muscles, etc., il faut que l'électricité ne puisse pas se recomposer superficiellement, en s'échappant par les aspérités de l'épiderme et des excitateurs secs; mais il est nécessaire que cette électricité, réunie par un liquide conducteur, pénètre la peau en masse et arrive dans les organes que l'on veut stimuler. A cet effet, on place dans les cylindres qui servent à l'excitation de la peau, des éponges que l'on humecte largement, et on les porte sur les points de l'enveloppe cutanée qui correspondent ou à des muscles ou à des nerfs. Les deux excitateurs doivent toujours être aussi rapprochés que possible, et se trouver en rapport ou avec le même muscle, ou avec le même nerf.

A la face, où la galvanisation est plus délicate, on se sert des excitateurs olivaires ou coniques, figurés plus haut pour l'excitation électro-cutanée, que l'on recouvre d'amadou, de manière que l'excitateur humide ne présente qu'une petite surface.

Pour que la sensation qui accompagne la contraction musculaire ne soit pas compliquée de sensation cutanée, il faut 1° que les éponges ou l'amadou soient toujours largement humides; 2° que l'opérateur se garde de placer les excitateurs dans les points où l'épiderme est ou enlevé ou altéré par une inflammation, ou par une éruption papuleuse. Sans ces précautions, telle galvanisation musculaire qui, pratiquée d'une certaine façon, ne développerait aucune sensation désagréable, deviendrait aussi douloureuse que l'électro-puncture. On diminue encore la

sensation éprouvée par le malade, en employant un courant à rares intermittences.

La *galvanisation directe* exige, ainsi qu'il est facile de le comprendre, des connaissances anatomiques spéciales, surtout la connaissance de l'anatomie des surfaces. Les muscles des régions superficielles sont accessibles dans toute leur étendue ; mais il n'en est pas de même des muscles des régions profondes : ces derniers présentent presque tous, cependant, un point musculaire de leur surface immédiatement placé sous la peau. C'est dans ce point qu'il faut placer l'excitateur. (L'opérateur doit savoir que les tendons ne sont pas excitables.) Quant aux muscles qui sont inaccessibles à l'action directe du galvanisme, ils sont en très-petit nombre, et ont heureusement des fonctions moins importantes. Si l'on tenait à les exciter directement, on pourrait y arriver par l'électro-puncture ; mais il est rarement utile d'employer ce procédé, beaucoup trop douloureux pour les résultats insignifiants qu'on en retire. Pendant la galvanisation musculaire directe, on doit s'éloigner des troncs nerveux et de leurs filets. Ces derniers le rencontrent rarement aux membres, parce que les filets muscusaires se trouvent protégés par les muscles des régions superficielles. Il en est un, cependant, dont on doit se rappeler la position, et celui-là est un rameau terminal du médian ; nous voulons parler de la branche de l'éminence thénar.

A la face, la galvanisation demande plus de soins, plus d'habileté, à cause du petit volume des muscles et des filets nerveux qui croisent ceux-ci en grand nombre. On doit donc les éviter autant que possible, en se rappelant leur distribution. Lorsqu'on voit plusieurs muscles se contracter à la fois, on est certain de toucher un filet, un rameau nerveux ; en portant l'excitateur un peu plus haut ou un peu plus bas, et en se tenant toujours au niveau de la surface du muscle que l'on veut exciter, on est sûr de limiter dans ce dernier l'action galvanique; en effet, on voit le muscle se contracter isolément. Les nerfs de la cinquième paire sont malheureusement très-accessibles, et leur excitation occasionne des douleurs atroces, suivies souvent de névralgies opiniâtres. En conséquence, on aura soin de s'éloigner des troncs sous-orbitaire et mentonnier, d'où ils émergent. La galvanisation de la face exige surtout l'emploi d'un appareil d'une grande précision et d'une graduation exacte, pratiquée sur une échelle d'une étendue suffisante.

Pendant la galvanisation, les intermittences doivent être faites au moyen d'une roue, qui tourne au gré de l'opérateur. Plus les intermittences sont rares, plus les sensations sont faibles ; de telle sorte qu'avec des actions électriques éloignées on obtient des contractions

très-énergiques et des sensations très-supportables, et, avec des actions très-rapides, on développe des douleurs tétaniques qui épuisent la force musculaire.

3° La *galvanisation indirecte* (ou *galvanisation des plexus et des troncs nerveux et de leurs filets*) est des plus simples. On place les excitateurs coniques humides sur les points où ces organes ne sont recouverts que par la peau, en les rapprochant autant que possible.

4° Enfin, on peut pratiquer la *galvanisation des organes contenus dans les cavités* de la vessie, de l'utérus, de l'œsophage, etc., à l'aide de conducteurs réunis dans une sonde à cloison, lesquels s'écartent l'un de l'autre lorsqu'ils sont introduits dans la cavité sur laquelle on veut diriger l'excitation. Sans entrer dans de grands détails à cet égard, nous dirons que, pour obtenir des effets de cette galvanisation, il faut, autant que possible, qu'il n'y ait pas de liquide dans la cavité où l'instrument est introduit; et qu'on peut diriger, en général, vers les organes qui reçoivent leurs nerfs de la vie organique, une somme donnée d'électricité plus forte que celle que l'on pourrait déployer à la peau ou sur le système musculaire.

Il nous reste à passer brièvement en revue les circonstances dans lesquelles nous avons vu jusqu'ici la galvanisation localisée donner les résultats les plus favorables. Sans doute cette énumération ne sera pas complète, et il est probable que le champ d'application de ce moyen s'élargira de jour en jour. Nous pouvons même ajouter déjà, aux cas dans lesquels nous l'avons vu réussir, la *chorée*, contre laquelle M. Golding Bird, en Angleterre, a employé l'électricité avec grand succès, les *contractures* et les *rétractions musculaires*, les *atrophies partielles des membres*, que des faits récents nous font croire pouvoir être modifiées avantageusement par ce moyen ; mais c'est surtout dans les paralysies du mouvement et du sentiment que l'on peut fonder de sérieuses espérances sur cette méthode thérapeutique.

Parmi les paralysies du mouvement, nous devons citer au premier rang, et comme témoignage des bons effets thérapeutiques de la galvanisation localisée, les *paralysies saturnines*, ces paralysies qui portent principalement sur les muscles du poignet et qui peuvent affecter successivement presque tous les muscles du membre supérieur. Dans ces paralysies, ainsi que les recherches récentes de M. Duchenne l'ont démontré, l'irritabilité électro-musculaire est affaiblie ou perdue, sinon pour toujours, du moins pour longues années; et cependant l'excitation directe des portions du système musculaire affectées rétablit d'abord la contractilité du tissu, puis les contractions volontaires elles-mêmes dans un temps très-court.

A côté de ces paralysies, et presque sur le même rang, nous pouvons placer les paralysies du sentiment ou du mouvement, dites *rhumatismales,* parce qu'elles sont produites en général sous l'impression du froid. Ces paralysies, quelle que soit leur origine, cèdent rapidement, et presque par enchantement, à la galvanisation localisée.

Viennent ensuite les paralysies produites par l'*apoplexie cérébrale,* ces paralysies qui persistent à la cicatrisation du foyer sanguin du cerveau. Nous avons vu des faits de ce genre très-curieux. Ainsi, un homme de quarante ans, entré dans le service de M. Cruveilhier, pour une paralysie du membre supérieur, stationnaire depuis trois ans, avec contracture et impossibilité d'exécuter des mouvements, avait recouvré, après six séances de galvanisation localisée, une grande partie de l'action du membre. Une femme du service de M. Andral, affectée d'une hémiplégie stationnaire depuis dix mois, et dont la position était vraiment affreuse, avait tellement éprouvé d'amélioration dans son état, qu'à la huitième séance elle retenait ses urines, se tournait en tous sens et se plaçait sur son séant, et qu'à la onzième séance elle pouvait faire le tour de la salle à l'aide d'un bras étranger ; enfin, à la dix-huitième séance elle marchait seule en s'appuyant sur un bâton.

Des paralysies consécutives à la *contusion des nerfs*, du nerf poplité externe, par exemple, comme nous en avons vu un bel exemple dans le service de M. Velpeau, ou du nerf radial, comme nous avons pu le constater dans le service de M. Bouillaud, ont été non-seulement améliorées, mais encore guéries par la galvanisation localisée des muscles frappés de paralysie, dans les cas où la paralysie était seulement musculaire, et par l'excitation de la peau et des muscles, lorsque la paralysie affectait à la fois la sensibilité et le mouvement.

Dans les *paraplégies*, et généralement dans les cas où la paralysie tient à la lésion des cordons nerveux médullaires, les résultats ont été moins brillants, sans être toutefois absolument nuls ; et, sans compter les améliorations, nous pouvons citer une paraplégie qui a été guérie ainsi dans le service de M. Chomel.

Enfin, nous arrivons à un des côtés les plus curieux et les plus brillants de l'histoire de la galvanisation localisée ; nous voulons parler de ses effets dans l'*hystérie*. On sait que, dans cette maladie bizarre, on voit survenir de temps en temps des paralysies du sentiment ou du mouvement, dont le siége varie, et qui persistent plus ou moins longtemps pour disparaître ou pour être remplacées par d'autres paralysies. La galvanisation localisée pouvait-elle quelque chose pour les malheureuses hystériques ? C'est ce que M. Duchenne a voulu rechercher, et il s'est assuré qu'en pratiquant l'excitation électro-cutanée des surfaces

de la peau ou des muqueuses qui ont perdu la sensibilité, on rétablit les fonctions de ces parties. On peut rendre ainsi le goût, l'odorat à des hystériques qui ont perdu momentanément ces sens ; on peut restituer à un membre, à une partie limitée de la peau, la sensibilité qu'ils ont perdue. Les douleurs si vives que les malades éprouvent dans certains points du corps sont enlevées par l'excitation électro-cutanée des parties correspondantes; et, en répétant les excitations à des intervalles de vingt-quatre à trente-six heures, on parvient à débarrasser les malades de leurs douleurs et de leur insensibilité. Il semble que l'on fixe la sensibilité dans les points d'où elle avait disparu. Ces résultats, nous les avons constatés souvent par nous-même. La galvanisation électro-musculaire ne donne pas des résultats moins favorables contre les paralysies hystériques du mouvement. On peut, en galvanisant isolément les muscles paralysés, rendre aux membres leur motilité et leur force musculaire. On comprend que ce traitement ne guérit pas à lui seul la maladie ; il reste à combattre la cause initiale de l'affection par un traitement approprié ; mais il est déjà bien important pour les malades d'être débarrassés de symptômes aussi effrayants que la paralysie d'un membre, celle d'un réservoir secréteur, ou d'une surface cutanée.

Tels sont, en quelques mots, les résultats les plus importants que la galvanisation localisée a donnés sous nos yeux ; on voit que cette méthode, bien qu'encore à son début, a déjà marqué son entrée dans la pratique par des succès remarquables. Nous croyons donc être utiles à nos lecteurs en portant à leur connaissance ces faits intéressants, sauf à les entretenir plus tard des applications nouvelles qui pourraient en être faites, et des modifications que l'expérience pourrait apporter à son emploi.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR LES SEMENCES DU PHELLANDRIUM AQUATICUM.

Par M. Valleix, médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite.

Le but constant de nos recherches doit être la découverte de nouveaux médicaments, plus efficaces que ceux que nous avons à notre disposition, pour combattre les maladies. Ce n'est pas dans le journal où j'écris qu'on pourrait oublier cette vérité. Pour ma part, lorsque je vois introduire dans la thérapeutique des moyens d'une efficacité incontestable ; lorsque je vois, par exemple, les merveilleux effets de l'iodure de potassium dans les accidents tertiaires de la syphilis, j'éprouve une satisfaction que comprendront seuls ceux qui s'intéressent

réellement au perfectionnement de l'art et aux progrès de la science.

Mais cet entraînement naturel, qui nous porte vers toutes les innovations dont on peut attendre quelque augmentation de soulagement pour les malades, n'est excusable qu'autant qu'il ne dépasse pas certaines limites; et il serait presque aussi pernicieux pour la thérapeutique d'accepter sans un examen sévère et une expérimentation attentive les nouvelles médications, que de les repousser systématiquement.

En effet, l'admission trop facile d'un moyen thérapeutique n'a pas seulement l'inconvénient de nous exposer à mettre en usage un agent beaucoup moins efficace que ne l'ont cru ceux qui l'ont proposé, trompés qu'ils ont pu être par des circonstances imprévues et des coïncidences diverses; elle a encore celui de nous faire délaisser d'autres médications dont l'utilité soit positive, soit au moins palliative, a été constatée par une longue expérience.

On voit donc que ce n'est pas uniquement en faisant connaître les effets utiles des médicaments qu'on rend service à la thérapeutique; on peut encore, quoique indirectement, lui fournir de bons renseignements, en appréciant les médicaments employés à leur valeur réelle, cette valeur fût-elle nulle ou presque nulle.

C'est parce que je suis pénétré de ces vérités, que j'ai entrepris des recherches sur quelques traitements mis en usage contre la phthisie pulmonaire, et en particulier sur le phellandrium et sur l'*huile de foie de morue*. Aujourd'hui, je vais exposer quelques faits qui se rapportent au traitement par le phellandrium; plus tard, je ferai connaître ceux que m'auront fournis mes expériences tentées sur l'huile de foie de morue; et je dois dire d'avance que ces derniers seront beaucoup plus nombreux et beaucoup plus variés, parce que, l'huile de foie de morue jouissant d'un crédit beaucoup plus grand et beaucoup plus général, ce médicament m'a paru mériter une attention plus spéciale.

Le phellandrium aquaticum (phellandre ou phellandrie) n'est pas un médicament nouvellement employé contre la phthisie pulmonaire. Déjà Thompson (journal d'Edimbourg, t. VI) avait annoncé que l'usage de cette plante, sans guérir la phthisie, en arrête les progrès. Frank et Hufeland disent qu'ils en ont obtenu de bons effets. MM. Trousseau et Pidoux (Tr. de th., t. II) avancent que ce médicament, s'il n'enraye pas la marche des tubercules, calme du moins la toux et rend l'expectoration plus facile et moins abondante.

Mais c'est récemment qu'on a préconisé cette substance avec le plus d'ardeur. Je citerai parmi ceux qui lui accordent une grande efficacité, MM. Rothe, Michéa (*Bulletin général de Thérapeutique*, tome XXXIII, page 436), et surtout M. Sandras (tome XXXV, page 475.

Ce dernier médecin est celui qui a obtenu les résultats les plus frappants, et il nous les a fait connaître dans un résumé général qui, malheureusement, n'est pas accompagné de l'analyse des faits nombreux que l'auteur a pu observer.

M. Sandras, laissant de côté les cas qui pourraient paraître douteux, parce que les signes stéthoscopiques n'étaient pas assez évidents, ne s'occupe, dans l'article cité plus haut, que des phthisies parvenues à un degré avancé, et présentant à un plus ou moins haut degré l'état suivant : « Presque toujours, dit-il, les fonctions digestives sont dérangées, soit par la fièvre quotidienne dont les malades sont affectés, soit par les efforts de vomissement qui accompagnent ou suivent les accès de toux, soit par l'amertume que laissent dans la bouche les crachats purulents qui sont rendus, soit, enfin, par les diarrhées multipliées qui se montrent pour la moindre cause. Le sommeil est rendu impossible, ou par la toux, ou par l'agitation fébrile, ou par les sueurs incessantes dont les nuits sont presque toujours accompagnées ; les forces ont disparu encore plus vite et plus complétement que l'embonpoint. En même temps tous les signes locaux fonctionnels et physiques de la maladie complètent le tableau. »

Assurément ces malades sont bien choisis pour l'expérimentation, et l'on ne peut pas douter que le traitement n'ait été appliqué à des tuberculeux dans un état fort grave. Voici maintenant les résultats que M. Sandras nous a fait connaître. Ces détails sont absolument nécessaires, comme on le verra plus loin, pour bien préciser la question.

« Les phthisiques, dans l'état avancé que j'ai décrit plus haut, c'est-à-dire affectés de fontes tuberculeuses incontestables et de tous les dépérissements qui s'ensuivent, n'ont pas plutôt, dit M. Sandras, usé pendant une huitaine de jours de la phellandrie, qu'ils se sentent mieux ; ils ont cessé de souffrir ; ils renaissent à l'espoir, et j'oserais presque dire au bien-être. L'expectoration est devenue à la fois moins abondante et plus facile ; la fièvre a diminué ou disparu ; la diarrhée s'est amendée ; l'appétit est revenu, et en même temps le sommeil répare mieux les forces. Les malades traduisent presque tous ce qu'ils éprouvent, en disant qu'ils se croiraient guéris, sans la toux qui continue, et sans cette espèce de faiblesse inexplicable pour eux, qui les empêche de se livrer à la moindre fatigue, sous peine d'étouffement et de suffocation. Il est peu de sujets en qui l'usage soutenu de la phellandrie, pendant une quinzaine de jours, ne produise tous ces bienfaits. Et ce qui prouve qu'il ne s'agit pas seulement d'un de ces mieux passagers, comme ceux que ne manquent guère de leur donner tous les changements de médication ou de médecin, l'amélioration qu'ils ont sentie

se soutient d'une manière notable ; leur bonne disposition morale continue en même temps que leur soulagement physique. J'ai noté, en outre, qu'ils sont bien moins souvent et moins fortement tourmentés par la diarrhée colliquative, qui les épuise si tôt avec tous les autres modes de traitement ; qu'ils sont bien plus rarement pris d'hémoptysie et de pleurodynies ; que leurs nuits et surtout leur toux du matin ont subi une grande amélioration. Depuis que je soumets mes malades à ce traitement, je les vois presque tous endurer facilement la phthisie qui les dévore ; ils ont cessé de subir la progression ordinaire du dépérissement qui les menaçait ; et dans l'immense majorité des cas, ils se conservent merveilleusement, sous tous les rapports, pendant des mois qui, sans ce traitement, seraient dévolus à la consomption. J'ai rencontré souvent des malades, maintenus dans cet état, qui se déclaraient guéris, sauf un peu de toux et de faiblesse, et réclamaient leur sortie, pour achever de se remettre hors de l'hôpital. »

M. Sandras ajoute que, malgré cette amélioration, les malades finissent le *plus souvent* par succomber. Mais, en admettant même qu'ils finissent toujours par succomber, ces résultats n'en seraient pas moins assez beaux pour donner une très-grande valeur au médicament, si l'expérimentation ultérieure venait les confirmer.

Cela posé, voyons ce qui s'est passé dans les cas où j'ai mis en usage ce traitement dans lequel j'ai administré les mêmes doses que M. Sandras.

Je commencerai par rapporter une observation dans laquelle on pourra voir comment les divers symptômes ont marché pendant l'administration du phellandrium.

J'en possède six qui ont été prises avec soin et qui me fournissent les éléments de cette note. J'ai en outre administré le phellandrium dans plusieurs autres cas, soit en ville, soit à l'hôpital ; les résultats ont été les mêmes.

Obs. I. *Phthisie pulmonaire : cavernes au sommet des deux poumons, beaucoup plus prononcées à droite qu'à gauche.— Vomiques. — Traitement par les semences du phellandrium aquaticum.*— Le nommé Carrey (Bernard), garçon de magasin, âgé de cinquante-trois ans, né à Corneil (Eure), est entré le 10 novembre 1848 à l'hôpital Sainte-Marguerite, salle Saint-Charles, n° 57. Ce malade a joui pendant son enfance d'une bonne santé, et n'a jamais eu de maladie grave. Il n'était point sujet à s'enrhumer. Il transpirait ordinairement beaucoup des pieds ; il raconte qu'il y a deux ans et demi cet e transpiration habituelle cessa tout à coup, et que sept ou huit mois après, sans avoir fait aucun excès, sans avoir éprouvé de chagrins, ni s'être mal nourri, ni avoir eu de refroidissement, il commença à tousser. Cette toux, d'abord sèche et rare, s'accompagna peu à peu d'oppression, puis le malade expectora des crachats clairs et aqueux. Il continua néanmoins à vaquer à ses

occupations, sans suivre aucun traitement. Il y a dix-huit mois à peu près, il eut tout à coup une hémoptysie assez abondante, qui se renouvela deux mois après. Depuis ce temps la toux, l'oppression et l'amaigrissement ont continuellement fait des progrès. Enfin, il y a un mois, il a été obligé de renoncer à toute espèce de travail et de s'aliter.

A son entrée à l'hôpital, il s'offre dans l'état suivant : l'amaigrissement est considérable, le sommeil est rare, accompagné de sueurs abondantes. La langue est humide, blanche ; il y a peu d'appétit, pas de vomissements; de temps en temps un peu de dévoiement. La toux est fréquente, pénible, surtout le soir ; l'expectoration abondante se compose de crachats verdâtres, nummulaires, épais, adhérant au vase. A l'auscultation on trouve en arrière, au sommet du poumon droit, du gargouillement dans l'étendue de trois millimètres carrés environ, et de la bronchophonie ; puis des bulles de râle sous-crépitant immédiatement au-dessous de l'épine scapulaire. A gauche : bulles de râle sous-crépitant, nombreuses et humides ; au-dessous de l'épine, respiration rude. Matité des deux côtés. En avant, du côté droit, craquement à grosses bulles et matité ; du côté gauche, craquements plus fins, moins nombreux. Rien à noter dans les autres appareils ; peu de diarrhée, ni de vomissements, ni de sueurs abondantes.

Il reste jusqu'au 17 dans le même état. On lui donne pour traitement : Pectorale sucrée. — Jul. diacodé. — Une portion.

Le 17 novembre. Le malade étant dans le même état, on prescrit : 1 gram. de poudre de phellandrium en deux doses ; du 18 au 22, aucun changement notable dans l'état du malade.

On porte, le 22, la dose de phellandrium à 2 gram.

Le 23. Toux fatigante, peu de sommeil ; plusieurs vomissements dans la journée d'hier. On ajoute au phellandrium deux sangsues à l'épigastre.

Le 25. Les vomissements n'ont pas reparu ; quelques coliques, pas de selles depuis trois jours. Traitement, phellandrium et lavement purgatif.

Le 26. Deux selles la veille ; l'expectoration est toujours aussi abondante, et présente les mêmes caractères. On entend du gargouillement sous l'épine scapulaire droite ; bulles très-nombreuses à gauche.

Le 27. Le malade dort très-peu ; transpiration légère.

Le 29. Pas de sommeil depuis plusieurs nuits ; fatigue et abattement extrêmes. On ajoute au phellandrium une pilule d'opium, 0,05.

Le 30. Le malade a beaucoup mieux dormi ; on continue encore aujourd'hui la pilule d'opium.

Le 2 décembre. Sueur excessivement intense la nuit, on l'a changé deux fois de chemise. On continue le phellandrium.

Le 5. Toux très-fréquente, crachats abondants, affaiblissement ; pas de selles depuis trois jours. On continue le phellandrium à la même dose, on ajoute un lavement de miel mercuriale.

Le 8. Cette nuit le malade a rendu sans efforts un flot de crachats purulents ; grande faiblesse. Les excavations tuberculeuses font des progrès à droite ; à gauche gargouillement au sommet ; sueurs.

Du 9 au 25. Les jours suivants le malade n'offre rien de particulier à noter. La faiblesse augmente toujours, les sueurs nocturnes sont plus fréquentes.

Le 26. Nouvelle vomique, moins considérable que la première.

Le 1er janvier, M. Marrotte est chargé du service. Il emploie l'huile de

foie de morue, la poudre d'éponges, etc., etc. L'état général et local continuent à s'aggraver; l'expectoration est toujours très-abondante et puriforme; le malade meurt à la fin du mois.

Réflexions. Ainsi voilà un malade qui est entré avec une phthisie très-avancée, durant depuis deux ans environ, et qui se trouvait dans des conditions semblables à celles que présentaient les sujets dont parle M. Sandras. La marche de la maladie a-t-elle subi le moindre temps d'arrêt? On ne pourrait le prétendre, car cette marche était naturellement lente; il n'est survenu aucune complication que le phellandrium ait eu à combattre, et dans cet état de choses, la mort ne paraissait pas devoir arriver plus promptement, quelque traitement qui fût mis en usage.

Quant aux symptômes, nous voyons d'abord que l'insomnie n'a nullement cédé. Il est certain même que le malade s'en est plaint beaucoup plus lorsque la médication narcotique ordinaire a été suspendue pour faire place au phellandrium, et nous voyons, au contraire, le sommeil devenir bon, dès que le malade prend (le 29 décembre) une pilule d'opium.

Les troubles digestifs ont été peu considérables; mais il est remarquable que c'est précisément pendant le traitement par le phellandrium, que les vomissements se sont produits. Il n'y a pas eu de diarrhée; nous avons eu, au contraire, à combattre la constipation. Mais le dévoiement n'avait jamais été considérable chez ce sujet, et dans les jours qui avaient précédé l'administration du médicament, ce symptôme n'existait nullement. Quant à la constipation, faut-il l'attribuer à l'action du phellandrium? C'est ce que j'examinerai après avoir passé en revue les autres faits.

Quel a été l'effet du remède sur les forces, sur la toux, les crachats, les signes physiques de la phthisie? nul. Nous voyons la maladie suivre invinciblement sa marche, comme si on n'administrait rien au malade, et le seul soulagement qu'il obtienne, c'est celui que lui procure l'opium.

Enfin, nous voyons les sueurs abondantes survenir et continuer à affaiblir le malade, malgré l'emploi persévérant du médicament qui a été pris pendant un mois et demi, c'est-à-dire pendant un temps beaucoup plus long que celui qui, suivant M. Sandras, est nécessaire pour procurer une amélioration des plus évidentes.

Si maintenant nous examinons les autres cas sous les divers rapports précédemment indiqués, nous trouvons:

1° Que le sommeil a été plus ou moins mauvais chez tous les malades sans exception pendant l'administration du phellandrium, et qu'une faible dose d'opium, après plusieurs jours d'attente (terme qu'on

ne pouvait pas humainement dépasser), a été nécessaire pour procurer du sommeil ; ce qui a toujours réussi.

2° Que l'expectoration n'a jamais été diminuée d'une manière durable ; qu'il y a eu seulement des jours où elle était moins abondante, ce qui s'observe naturellement dans cette maladie.

3° Qu'il en a été de même des signes physiques, qui, bien que pendant un certain temps ils parussent, dans quelques cas, un peu moins graves (ce qui tenait à la moins grande abondance des sécrétions morbides), n'en continuaient pas moins à faire des progrès, comme on pouvait bientôt en juger.

4° Que l'affaiblissement allait toujours croissant, sauf les petits temps d'arrêt qui se remarquent naturellement dans la phthisie pulmonaire.

5° Que les sueurs n'ont jamais été supprimées, si ce n'est également pour un petit nombre de jours, reparaissant ensuite avec la même abondance, ou une abondance plus grande, bien que le phellandrium fût continué, et sans qu'on pût en trouver la cause ailleurs que dans la marche ordinaire de la maladie.

6° Que loin de faire cesser les vomissements, le phellandrium a paru les provoquer quelquefois, ainsi que l'inappétence et le dégoût.

7° Que la diarrhée seule ne s'est pas montrée dans ces cas d'une manière notable, et que si ces faits se multipliaient, le phellandrium pourrait être employé à titre d'antidiarrhéique assez puissant.

Je dois ajouter que, lorsque des symptômes trop fatigants se manifestaient et persistaient, je ne me croyais pas autorisé à insister exclusivement sur l'emploi du phellandrium, et que je lui adjoignais le traitement ordinaire. Mais, loin de nuire à l'expérimentation, cette manière de procéder a servi à nous éclairer davantage, car ce traitement des symptômes a eu des effets aussi marqués que ceux du phellandrium l'étaient peu. C'est ainsi que les points de côté pleurodyniques ont, du jour au lendemain, cédé à l'application de deux ou trois ventouses scarifiées ; que les nausées et les douleurs épigastriques ont été apaisées par trois ou quatre sangsues à l'épigastre ; que le sommeil a été généralement rétabli par les opiacés, qui ont aussi calmé la toux ; [que les douleurs de gorge ont été adoucies par la cautérisation avec la solution de nitrate d'argent, et que de toutes ces améliorations résultait un état de bien-être général très-évident, contrastant avec le malaise et les souffrances dont se plaignaient les malades pendant l'administration du phellandrium.

VALLEIX.

(*La fin au prochain numéro.*

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES LUXATIONS DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU RADIUS, ET EN PARTICULIER SUR LA LUXATION EN AVANT.

Il est dans l'histoire des luxations deux points qui ont plus particulièrement fixé l'attention des chirurgiens de nos jours, ce sont le mécanisme de leur production et l'état des rapports des surfaces articulaires déplacées. Cette recherche a eu, sans doute, une grande influence sur l'avancement de cette partie de l'art chirurgical ; mais il est fâcheux qu'on ne se soit pas attaché davantage à reconnaître quels sont les obstacles qui s'opposent souvent à la réduction des déplacements; quelle est la limite dans laquelle on doit circonscrire l'emploi de certains moyens violents de réduction ; jusqu'à quel point les mouvements sont gênés dans leur étendue lorsque la luxation est ancienne; et quels moyens la nature emploie pour réparer, autant qu'il est en elle, les inconvénients qui résultent du déplacement. Ces réflexions pourraient surprendre quelques personnes qui n'auraient étudié les luxations que dans les livres ; mais pour les chirurgiens expérimentés, ils ont trop appris par eux-mêmes combien de luxations, même récentes, résistent aux moyens de réduction les mieux dirigés, pour ne pas désirer comme nous que la science s'éclaire sur ce point, et que l'on sache enfin à quoi s'en tenir sur les luxations qu'il faut chercher à réduire à tout prix, et sur celles que l'on peut abandonner à elles-mêmes sans trop de désavantages pour les malades.

Nous pourrions citer beaucoup d'exemples à l'appui des réflexions qui précèdent ; mais nous voulons circonscrire aujourd'hui notre argumentation aux luxations de l'extrémité supérieure du radius. Si nous ouvrons les auteurs des traités de chirurgie les plus modernes, nous voyons que le déplacement de la tête du radius peut avoir lieu dans trois sens : *en arrière*, *en avant* et *en dehors*. Dans la première espèce, luxation *en arrière*, la tête du radius, qui a abandonné la facette articulaire du cubitus, est située derrière l'épicondyle. Le radius ayant tourné sur son axe, la tubérosité bicipitale est dirigée en dehors. Dans la luxation *en avant*, dont l'existence, contestée si formellement par Boyer, est aujourd'hui admise par tous les chirurgiens, quoiqu'elle soit probablement plus rare que la précédente, la tête du radius est portée complétement en avant de l'extrémité inférieure de l'humérus, et laisse tout à fait à découvert la facette articulaire du cubitus qui est resté à sa

place. Enfin, dans la troisième variété, ou luxation *en dehors*, la plus rare de toutes, et qui s'accompagne fort souvent de fracture du cubitus ou de l'olécrâne, la tête du radius est située en dehors de l'épicondyle, et en même temps elle a subi un mouvement ascensionnel de plusieurs millimètres.

Si nous en croyons tous les auteurs, la réduction de ces trois espèces de luxations est très-facile, et, sauf une tendance à la reproduction du déplacement qu'ils signalent pour les luxations en avant surtout, ils ne parlent nullement des difficultés considérables, insurmontables même, que le chirurgien peut rencontrer dans cette manœuvre opératoire. Eh bien ! nous pouvons le dire, pour en avoir été témoin dans le service des chirurgiens les plus distingués, des luxations en arrière ou en avant ont résisté aux traitements les mieux dirigés ; et les malades, après avoir subi des tentatives de réduction par les procédés ordinaires, ont fini par garder leurs luxations et par recouvrer, à la longue, la plus grande partie de leurs mouvements. Quels sont les obstacles qui s'opposent ainsi à la réduction ? Et, dans le cas où la réduction n'a point été opérée, comment les mouvements se rétablissent-ils? Comment les surfaces articulaires s'accommodent-elles aux conditions nouvelles dans lesquelles elles se trouvent placées ? C'est cela que nous croyons pouvoir éclaircir, pour la luxation du radius en avant, par le fait suivant que nous empruntons à la pratique du chirurgien distingué de l'hôpital de Guy, M. J. Hilton.

Obs. *Luxation du radius en haut et en avant, datant de sept ans et non réduite.* — Un homme de cinquante ans, qui portait depuis sept ans une luxation du radius en haut et en avant, mourut à l'hôpital de Guy, d'une maladie intercurrente. Plusieurs tentatives de réduction avaient été pratiquées au moment de l'accident, mais sans succès. L'aspect extérieur de l'articulation du coude rappelait les traits ordinaires de la luxation du radius en avant. La flexion du membre était possible jusqu'à la rencontre de la tête du radius contre la surface antérieure de l'humérus ; et l'extension avait son étendue naturelle. La supination, la pronation surtout, étaient limitées. On voyait, et l'on pouvait sentir avec le doigt la tête du radius, située en avant du coude, et il existait une dépression au-dessous du condyle externe de l'humérus, dans le point où est ordinairement située la tête du radius. M. Hilton profita de la circonstance pour étudier avec soin les surfaces articulaires et le procédé de réduction à adopter. En détachant la peau et l'aponévrose de la surface antérieure de l'articulation, la main étant placée dans la supination, on apercevait la tête du radius, saillante et couverte par un ligament capsulaire assez mince, entre le long supinateur en dehors, et le tendon du biceps, plus superficiel qu'à l'ordinaire, en dedans ; elle était croisée en avant par le nerf cutané externe. L'artère brachiale et ses deux branches, la radiale et la cubitale, étaient situées au côté interne du tendon du biceps, comme à l'ordinaire. L'artère récurrente radiale croisait le tendon du biceps, et la partie antérieure du col

du radius, au-dessus du court supinateur, qui était à l'état normal. Le nerf radial, parfaitement sain, était placé en dehors de la tête du radius, entre cette tête et le premier radial externe.

Figure 1. A humérus gauche. B radius. C cubitus. D condyle externe de l'humérus un peu augmenté de volume. E condyle interne de l'humérus. F ligament inter-osseux. G tête du radius reposant sur le condyle externe, avec une

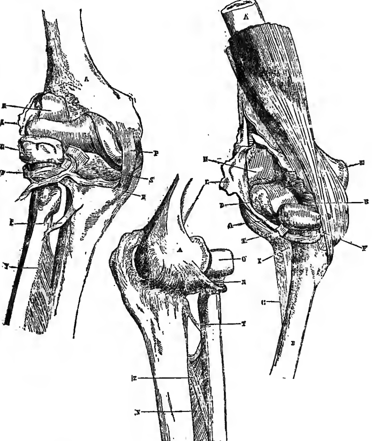


Fig. 2. *Fig.* 3. *Fig.* 1.

portion du tendon du brachial antérieur interposé entre elle et l'apophyse coronoïde du cubitus. H fossette au-dessus du condyle externe, dans laquelle la tête du radius était reçue pendant la flexion extrême de l'avant-bras : dans ce point, surface de l'os très-dure et lisse comme de la porcelaine. I portion du ligament annulaire qui a été déchiré. K partie antérieure du ligament latéral externe de l'articulation du coude attachée à une portion du ligament annulaire qui enveloppe le col du radius, et qui tend à le rete-

nir dans sa position anormale. L portion de la membrane capsulaire qui complète la capsule articulaire.

Figure 2. N surface antérieure de l'humérus gauche. O dépression au-dessus du condyle externe dans laquelle le radius était reçu pendant la flexion extrême. P ligament latéral interne. Q portion du ligament latéral externe attachée au ligament annulaire et embrassant la moitié antérieure du col du radius. R portion du ligament annulaire qui a été déchirée. S portion du tendon du brachial antérieur couchée entre la tête du radius et l'apophyse coronoïde du cubitus. T ligament oblique.

Figure 3. A condyle externe. B tête du radius. C portion du ligament latéral externe du coude aboutissant au ligament annulaire. D vue postérieure du ligament oblique. E surface postérieure du ligament inter-osseux. F portion du ligament inter-osseux avec ses fibres dirigées de haut en bas, et du cubitus au radius.

Tous les muscles, excepté le biceps et le brachial antérieur, furent enlevés, ainsi que le nerf et les vaisseaux sanguins; et l'articulation offrit alors l'aspect qui est indiqué dans les planches ci-jointes. Il faut seulement ajouter que la partie antérieure du radius était fortement altérée dans sa forme, et qu'elle était parcourue par deux rainures verticales, dans l'une desquelles était logé le tendon du biceps. La dépression articulaire cupuliforme de la tête du radius avait disparu. Cette partie de l'os était presque plate, privée de cartilage, et convertie en une surface lisse, semblable à de la porcelaine. Quant à la partie de la tête qui était restée en contact avec le cartilage articulaire de l'humérus, elle avait conservé son cartilage, légèrement aminci. Lorsque le radius était porté dans la rotation, la tête tournait, en partie, sur le condyle externe de l'humérus, et en partie sur le tendon du brachial antérieur, qui était interposé entre elle et l'apophyse coronoïde du cubitus. Le tendon du biceps suivait le mouvement de la tête du radius; une capsule membraneuse, mince, attachée au tendon du biceps, du brachial antérieur, et à la portion antérieure du ligament latéral externe, complétait l'articulation.

Une dissection, plus minutieuse encore, montra le rapport exact des os et des ligaments, après enlèvement du biceps et du brachial antérieur. Voici quels étaient les rapports de la tête du radius avec l'humérus, pendant les divers mouvements : pendant la flexion et l'extension de l'avant-bras, la tête du radius reposait exclusivement sur le condyle externe et non sur l'apophyse coronoïde du cubitus. Presque tous les mouvements rotatoires s'accomplissaient indépendamment de cette apophyse; et c'était seulement vers la fin de la pronation extrême du radius, qu'on voyait la tête de cet os se rapprocher de l'apophyse coronoïde, mais en rester toujours séparée par une ligne au moins d'intervalle. La tête du radius était placée au-dessus et en avant du bord externe de l'apophyse coronoïde; mais elle n'était pas en contact avec cette apophyse, ainsi qu'eût pu le faire croire un examen superficiel.

Le ligament annulaire n'avait été déchiré qu'en partie; ses fibres les plus externes et les plus superficielles, qu'on considère généralement comme lui étant fournies par le ligament latéral externe du coude, étaient intactes, et embrassaient encore étroitement le col du radius. Le ligament oblique n'avait pas été déchiré; et le ligament inter-osseux paraissait également intact, excepté dans sa partie inférieure, au-dessous du carré pronateur, mais c'était probablement là une disposition congéniale.

Dans cette forme de luxation, non-seulement le radius était placé sur un plan antérieur à ses relations naturelles, mais il était encore porté en haut; de sorte que, en réalité, cette luxation était une luxation en avant et en haut, et non pas simplement une luxation en avant. Cette élévation du radius devait altérer nécessairement les rapports des extrémités carpiennes des deux os de l'avant-bras. Aussi la portion inférieure du cubitus dépassait-elle, en bas, celle du radius; de là, un changement dans la relation des os cunéiformes et semi-lunaires de la main, relativement à la direction de leur surface articulaire, et du fibro-cartilage de l'articulation radio-cubitale inférieure. Il en était résulté que le cartilage articulaire avait disparu en partie sur l'os semi-lunaire et cunéiforme, et qu'une partie de la surface articulaire du semi-lunaire avait subi une altération marquée dans sa forme et dans sa direction. Il y avait aussi une ouverture considérable à travers le fibro-cartilage de l'articulation radio-cubitale.

Quelles étaient, au juste, les causes qui s'opposaient à la rentrée de la tête du radius dans la petite cavité sigmoïde du cubitus? C'est ce que M. Hilton chercha à déterminer. Après avoir détaché tous les muscles, il essaya, en exerçant des tractions sur la main, d'abaisser la tête du radius au-dessous du condyle externe; mais il n'y put réussir. Les principaux obstacles dépendaient de la tension de cette petite portion élastique du ligament inter-osseux, placé à la partiee postérieure du bras et dont les fibres sont dirigées de haut en bas et de dedans en dehors du cubitus au radius; et aussi de la tension de cette partie du ligament latéral externe du coude qui embrassait le col du radius. La supination du radius était arrêtée par le ligament oblique; la pronation par les fibres obliques du ligament inter-osseux dont il a été parlé plus haut. Le court supinateur n'était pas atrophié, et rien n'indique qu'il eût été déchiré.

Réflexions. Indépendamment de ce que l'observation précédente révèle au sujet des obstacles qui peuvent s'opposer à la réduction de la luxation de l'extrémité supérieure du radius en avant, obstacles qui se trouvent dans la tension de certaines portions des ligaments; le fait est surtout fort curieux, parce qu'il montre comment la nature travaille à réparer les désordres causés par la luxation. Une articulation nouvelle s'était formée de toute pièce, articulation qui avait une cavité creusée dans le condyle externe de l'humérus, qui était pourvue de ligaments propres et d'une capsule membraneuse. C'était dans cette cavité que s'exécutaient tous les mouvements du radius. La flexion seule avait des limites un peu courtes; l'extension avait conservé toute son étendue; la supination et la pronation surtout étaient un peu restreintes, mais cependant le malade avait pu se servir, sans difficulté, de son membre, pour tous les usages de la vie. A quels efforts n'eût-il pas fallu se livrer, quelles tentatives n'eût-il pas fallu faire pour réduire cette luxation! quels dangers ces tentatives n'eussent-elles pas pu faire courir au malade! tandis que, abandonné à lui-même, cet homme a pu retrouver la plus grande partie de ses mouvements. Nous

sommes donc autorisé à dire qu'il est certaines luxations, parmi lesquelles on peut ranger la luxation du radius en avant, qui peuvent être abandonnées à elles-mêmes, lorsque des tentatives de réduction ont été faites sans succès. Un jour viendra peut-être où les progrès de la chirurgie nous auront donné, pour ces luxations, des procédés de réduction plus parfaits que ceux que nous possédons ; mais dans l'état actuel de nos connaissances, il n'est pas douteux qu'il est un certain nombre de cas où le chirurgien montre, en s'abstenant, plus de sagesse et d'habileté qu'en se livrant à des tentatives douloureuses et impuissantes.

CHIMIE ET PHARMACIE.

REMARQUES PHARMACOLOGIQUES SUR L'OPIUM ET SES PRÉPARATIONS.

Deux articles intéressants, l'un de M. Chevalier, l'autre de M. Guillermond, nous fournissent l'occasion de faire les quelques remarques qui suivent, sur l'une des substances les plus importantes de la matière médicale; nous avons nommé l'opium.

Il faut rapporter à la morphine les 9/10 de l'action médicatrice de l'opium. Ce fait admis, il s'ensuit que la qualité de l'opium doit se juger d'après sa richesse en cet alcaloïde. Or, les opiums du commerce offrent de très-grandes dissemblances sur ce point capital. Les opiums que l'on rencontre dans le commerce français sont ceux dits de Smyrne, de Constantinople et d'Alexandrie. L'opium de Smyrne est généralement de meilleure qualité que les deux autres ; il contient de 6 à 9/100 de morphine. Celui de Constantinople, qui vient ensuite, en contient 3 à 4/100, enfin celui d'Alexandrie n'en contient que 2 à 3/100.

Le Codex, en prescrivant l'opium qui doit entrer dans une préparation, s'exprime ainsi : *Opium choisi*. Que faut-il entendre par cette spécification? un opium de belle apparence, un opium riche en morphine ? car ces deux conditions ne vont pas toujours de pair. Si c'est l'opium de Smyrne, comme plus riche en morphine, qu'il faut entendre, la spécification est encore vague ; car s'il est vrai que cette sorte d'opium contient plus de morphine que les autres, la préparation de cet alcaloïde y varie entre 6 et 9/100, chiffres dont le dernier est d'un tiers plus élevé que le premier. En outre, on a rencontré de l'opium ayant toutes les apparences de l'opium de Smyrne, qui ne contenait cependant pas un atome de morphine; c'était de l'opium épuisé, auquel, par une manipulation habile, on avait donné les apparences d'un opium naturel. D'un autre côté, la quantité d'eau hygroscopique contenue dans les opiums des différentes sortes varie de 25 à 50/100. On conçoit, par ces données, quelles disparates fâcheuses à tous égards peuvent ré-

sulter, dans l'action dynamique d'un médicament, de l'emploi d'un opium choisi seulement sur l'apparence, comme semble l'indiquer le Codex.

D'accord avec M. Chevalier, nous voudrions qu'il fût décidé par l'autorité, le sujet est assez important pour cela, qu'aucun opium, excepté celui destiné à l'extraction des alcaloïdes, ne pût être vendu sans avoir été titré, et que le négociant fût tenu d'en indiquer le titre lors de la vente. On exige bien que les bijoux soient titrés.

Comme complément de cette mesure, le Codex devrait indiquer le titre morphique de l'opium à employer dans les préparations pharmaceutiques, afin que ces préparations eussent, dans toutes les officines, la même composition fondamentale. Nous avons vu que la proportion de morphine dans l'opium de Smyrne oscillait entre 6 et 9/100. D'après cette considération, il nous semblerait rationnel de prendre pour type de l'opium officinal un opium renfermant la moyenne de ces deux proportions, c'est-à-dire 7, 5 pour 100 de morphine. Cette règle établie, il serait facile de calculer la base active des préparations opiacées; on saurait, par exemple, que l'extrait, la plus importante d'entre elles, et dont l'opium brut fournit sensiblement la moitié de son poids, contient conséquemment 15/100 de morphine, ou à peu près 1/7.

Des pharmacologistes, pour obvier aux inconvénients de cette variabilité dans la composition de l'opium, ont proposé de le remplacer dans tous ces emplois par son principe actif. Selon nous, la réforme serait trop radicale. S'il est vrai que dans la majeure partie des cas les alcaloïdes peuvent remplacer avec avantage les substances qui les recèlent, il est des cas où ils sont manifestement inférieurs à leurs associations naturelles. C'est un fait d'expérience, que tel malade qui est soulagé par une préparation opiacée, voit son état s'empirer sous l'influence d'une préparation morphique, tandis que l'inverse n'a pour ainsi dire jamais lieu que dans les cas où l'un et l'autre genre de préparations irritent plutôt qu'ils ne calment. Les laudanums, l'élixir parégorique, les pilules de cynoglosse, sont des préparations opiacées qui ont fait leurs preuves; il ne s'agit que d'en régulariser la force.

M. Guilliermond a fait connaître un bon procédé pour reconnaître la valeur d'un opium. Il consiste à prendre sur différents points de la masse de l'opium à essayer un échantillon de 15 grammes. On le délaye dans un mortier avec 60 grammes d'alcool à 70 degrés, on jette sur une toile, et on exprime pour séparer la teinture. On reprend le marc avec 40 grammes de nouvel alcool au même degré, et on réunit les teintures dans un flacon à large ouverture, dans lequel on a pesé 60 grammes d'ammoniaque. Douze heures après, le résultat est obtenu :

la morphine s'est éliminée d'elle-même, accompagnée d'une quantité plus ou moins grande de narcotine : la morphine tapissant les parois du flacon, sous forme de cristaux colorés, assez gros et d'un toucher rude ; la narcotine se trouvant cristallisée en petites aiguilles nacrées, blanches et fort légères. On réunit les cristaux sur un linge, et on les lave avec de l'eau à plusieurs reprises pour les séparer du méconate d'ammoniaque qui les souille. On reprend ces cristaux pour les plonger dans une petite cantine pleine d'eau. La narcotine, qui est très-légère, reste suspendue dans ce véhicule, et on peut par décantation la séparer suffisamment de la morphine, qui, restant au fond, peut être recueillie, séchée et pesée aussitôt. Pour qu'un opium soit de bonne qualité, il faut qu'il rende ainsi de 1,25 à 1,50 de morphine cristallisée pour 15 d'opium; on en trouve qui donne 1,75.

Ce procédé, qui réussit parfaitement bien avec les opiums de qualités supérieures et moyennes, ne réussit plus, à moins de le modifier un peu, avec les opiums pauvres en morphine ou très-résineux ; mais par cela même qu'ils ne donnent pas de résultats , on est averti qu'on a affaire à un opium de qualité inférieure, et partant à rejeter.

LOOCH BLANC SOLIDIFIÉ.

Amandes douces.........	280	grammes.
— amères.........	30	
Eau de fleurs d'oranger....	310	

On monde les amandes de leur pellicule et on les réduit en une pâte très-fine sur une pierre à chocolat ; après y avoir ajouté l'eau de fleurs d'oranger on soumet cette préparation à l'action d'une forte presse pour obtenir un lait d'amandes, et on réunit ce lait avec :

Gomme adragante pulvérisée....	40	grammes.
Eau de fleurs d'oranger.......	310	

On fait un mélange homogène et on y ajoute :

Sucre en poudre..............	500	grammes.
Acétate de morphine...........	1, 30	
Extrait sec d'ipécacuanha.......	2, 60	

Après avoir obtenu un mélange exact, on divise la masse en tablettes à l'aide de l'emporte-pièce et on sèche à l'étuve.

Cette formule, qui est de M. Albin Deflon, nous semble devoir donner un pectoral efficace et agréable. D.

RECHERCHES CHIMIQUES ET MÉDICINALES SUR LA SALICAIRE.

(Suite et fin (1).)

Nos recherches sur l'emploi thérapeutique que l'ancienne médecine a fait de la salicaire, l'usage populaire et toujours efficace, bien que routinier, qu'on en fait encore journellement dans le Berry, et notre pratique particulière, nous ont convaincu des propriétés médicinales de cette plante. Pour faire partager notre conviction à nos confrères, nous avons pensé qu'il suffisait de prouver que, sur ce point, la pratique médicale ancienne s'accorde complétement avec nos théories modernes. Le moyen d'y réussir consistant à mettre en vue les principes immédiats de la salicaire, nous en avons fait l'analyse, et nous l'avons trouvée composée de : matière résineuse verte; huile essentielle, d'une odeur fade; mucilage; tannin; traces de glycyrrhizène.

Il résulte évidemment de cette analyse, que l'emploi de la salicaire contre les affections que nous avons précédemment désignées est on ne peut plus rationnel; et les bons résultats obtenus se conçoivent et s'expliquent aisément. En effet, n'employons-nous pas chaque jour, et cela avec beaucoup d'avantage, contre les diarrhées nerveuses, séreuses ou muqueuses, le mélange des mucilagineux et des astringents? Il est donc évident que la salicaire doit jouir d'une grande efficacité contre ces affections, puisque ce mélange se trouve tout naturellement formé dans cette plante.

Elle n'est pas moins salutaire contre les dévoiements récents exempts de douleur, les affections diarrhéiques et dyssentériques qui se prolongent, et dont les symptômes fébriles et inflammatoires ont disparu; contre les diarrhées et dyssenteries hybernales invétérées; et, en général, contre tout dévoiement long et rebelle à beaucoup d'autres remèdes.

Par une prévoyance heureuse, et que nous méconnaissons trop souvent, la nature, toujours bonne mère, fait croître en abondance dans les contrées marécageuses, où les fièvres intermittentes et les diarrhées sont si communes et si tenaces, la salicaire, qui est le vrai spécifique de ces maladies locales.

On peut l'administrer sous toutes les formes pharmaceutiques : en poudre, à la dose de 2, 4, 8 et 10 grammes dans les vingt-quatre heures; en infusion, 15 à 20 grammes par litre d'eau, ce qui donne une boisson agréable; en pilules faites avec l'extrait de la plante. Nous préférons le sirop, que nous préparons ainsi :

(1) Voir la livraison du 30 janvier, page 66.

Pr. Sommités fleuries de salicaire, en poudre grossière........................ 150 grammes.
Eau bouillante...................... Quant. suffis.

Après une infusion de vingt-quatre heures, passez, exprimez fortement, et mêlez à

Sirop de sucre bien cuit............. 1 kilogram.

Faites réduire au feu jusqu'à ce qu'il marque 31 degrés.

Ce sirop, dont la saveur légèrement aromatique est agréable, et dont la couleur est d'un rouge foncé, se conserve parfaitement.

Il peut remplacer la tormentille, plante indigène, comme aussi la bistorte, excellent tonique, que l'on a grand tort de négliger.

Si nous apprécions le mérite de ce sirop, c'est surtout comme succédané du monésia et de plusieurs des médicaments exotiques importés à grands frais de toutes les parties du Nouveau-Monde. Il peut les remplacer toutes, et même avec avantage. Il suffit pour cela d'ajouter, par chaque 30 grammes de ce sirop, un gramme ou plus de tannin, selon les cas dans lesquels on veut l'administrer.

Meurdefroy et Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

M. le professeur Forget nous communique la lettre et la réponse suivantes, qui ont trait à une de nos précédentes publications :

VOMISSEMENTS OPINIATRES GUÉRIS PAR LE MAL DE MER.

Alger, 20 janvier 1850.

Monsieur et très-honoré maître, l'article publié par le docteur Padioleau (de Nantes) dans un des derniers numéros du *Bulletin de Thérapeutique* sur les *vomissements purement nerveux*, m'a rappelé un fait de la même nature, que je prends la liberté de soumettre à votre examen, parce qu'il s'est passé dans des circonstances particulières qui se rapportent d'une manière toute spéciale à vos connaissances étendues sur les maladies navales.

Madame P...., trente ans, constitution nerveuse, mère de trois enfants, était depuis longtemps sujette à des vomissements assez opiniâtres, survenus dans l'état parfait de santé, sans cause appréciable, et vainement traités par les moyens divers (éther, acides, vomitifs, opiacés, sangsues, etc., etc.); aucun symptôme d'embarras gastrique, d'inflammation, d'altération chronique de l'estomac; rien absolument du côté des viscères abdominaux, des voies gutturales; point de hernie,

point de lésion des organes génito-urinaires. Les grossesses avaient été bonnes, les accouchements faciles; l'appétit persistait; toutes les fonctions s'exécutaient normalement, à part celles de l'estomac qui rejetait plusieurs fois par semaine une sérosité citrine, abondante. Du reste, jamais de fièvre, jamais de douleurs à l'épigastre; point de causes morales tristes.

En considérant le tempérament excessivement nerveux de cette dame, l'on est naturellement porté à regarder son affection comme purement spasmodique, comme une névrose gastrique.

Tel était son état lorsqu'elle s'embarqua en octobre 1848 pour venir en Algérie. Le début de la traversée fut affreux pour elle : des vomissements douloureux et très-fréquents se manifestèrent le premier jour.

Le lendemain elle se trouvait calme, soulagée, très à son aise, et mangeait avec autant d'appétit que la veille elle avait éprouvé de dégoût pour tout aliment.

Depuis cette époque, la guérison ne s'est pas démentie ; aucune nausée ne s'est fait sentir, et cette dame se trouve, depuis son voyage maritime, complétement débarrassée d'une incommodité qui avait fin par lui rendre l'existence peu supportable.

Il semble que la guérison n'ait pu s'opérer ici que par une modification apportée par le mal de mer dans la modalité nerveuse de l'estomac, et, par suite, dans la nature des vomissements qui existaient depuis longtemps. Il serait difficile d'expliquer autrement comment des vomissements peuvent guérir des vomissements, si l'on réfléchit surtout que des émétiques avaient été antérieurement administrés à diverses reprises, mais sans succès aucun.

Cette observation me paraît curieuse à plusieurs titres : 1° elle confirme l'existence réelle d'une névrose essentielle de l'estomac ; 2° elle indique le parti avantageux que l'on peut tirer du mal de mer comme moyen curatif.

C'est à ce double point de vue, monsieur et très-honoré maître, que je viens vous communiquer ce fait, dans l'espoir que vous daignerez, si toutefois vos occupations vous le permettent, me transmettre à son sujet le résultat de votre pratique navale et de votre haute expérience médicale.....

Veuillez agréer, etc. Docteur E. L. Bertherand,
chirurgien aide-major attaché aux affaires arabes.

Réponse.

Strasbourg, 4 février 1850.

Mon cher confrère, j'ai lu avec beaucoup d'intérêt la curieuse observation des *vomissements opiniâtres guéris par le mal de mer*,

que vous m'avez fait l'honneur de m'adresser. Je n'ai jamais observé de faits semblables : néanmoins, ce résultat n'a rien qui m'étonne. En relisant le chapitre de ma *médecine navale* où se trouve traitée avec assez de soin la question des *maladies que la navigation peut guérir*, j'y trouve des passages qui sont comme le pressentiment des effets que vous avez constatés. Permettez-moi de vous les soumettre en extrait :

« Parmi les maladies que la navigation peut guérir se trouvent celles qui nécessitent la gestation communiquée, les fortes émotions..... Les anciens prescrivaient la navigation comme un moyen empirique susceptible d'opérer une forte perturbation dans les habitudes physiques et morales..... Le phénomène le plus saillant et manifestement le plus actif, c'est le spasme intestinal qui constitue le *mal de mer* ; c'est sur lui que les anciens fondaient avec raison l'indication principale, soit pour communiquer du ton aux viscères, soit pour évacuer mécaniquement les humeurs... *Nul doute que ces nausées répétées ne puissent modifier avantageusement les organes digestifs débilités ou même irrités, en changeant le mode d'irritation.*

« Parmi les maladies de l'appareil digestif nous n'en connaissons cependant guère que la navigation puisse guérir, *si ce n'est certaines névroses,* certaines débilités dont la nature essentielle est ignorée. » (Méd. nav. t. II, p. 295 et suiv.)

Ces prévisions, que votre observation vient justifier, sont assez remarquables, eu égard à l'époque où elles ont été formulées. Lorsque j'écrivais ma *médecine navale*, il y a dix-huit ans, la théorie moderne de la *substitution*, appelée alors *perturbation*, était moins bien comprise et surtout moins fréquemment et moins hardiment appliquée qu'aujourd'hui.

Quoi qu'il en soit, votre fait restera comme indication de recourir au même moyen dans les cas analogues ; et si la situation des malades les met hors de portée d'essayer de la navigation, ne serait-il pas rationnel de tenter à leur égard quelques procédés du même genre, sinon équivalents, tels que l'escarpolette, la valse, et même la voiture, qui, chez beaucoup d'individus, produisent un véritable *mal de mer?* C'est là une indication nouvelle qui, peut-être, ne sera pas sans fruit, et qu'on doit accueillir avec d'autant plus d'espoir que le vomissement nerveux est une de ces affections qui, parfois, résistent opiniâtrément à tous les modificateurs (1). N'ai-je pas publié moi-même, il y a quelques années,

(1) M. Valleix, à la fin de son article sur le vomissement nerveux (tome XXXVII, page 307), cite un fait de notre pratique qui confirme les prévisions de notre savant collaborateur. (*Note du rédacteur en chef.*)

un cas de *mort, occasionnée par des vomissements incoercibles?* (Gaz. méd. de Strasb., an. 1847, numéro 223.)

Merci donc de votre intéressante communication ; je la transmets, avec ma réponse, au *Bulletin de Thérapeutique* qui vous l'a inspirée, et qui, par cela même, trouvera peut-être convenable de la publier.

Votre dévoué et affectionné, professeur Forget.

BIBLIOGRAPHIE.

Physiologie, médecine et métaphysique du magnétisme, par J. Charpignon, docteur en médecine, de la Faculté de Paris, médecin à Orléans. (Chez Germer-Baillière).

Si le magnétisme était démontré pour nous, comme il semble l'être pour quelques-uns des hommes, dont nous avons lu les livres sur cette matière, et que nous prétendissions à faire accepter cette science du monde savant, qui jusqu'ici l'a opiniatrément rejetée, nous ne nous occuperions que d'une chose : ce serait de recueillir un certain nombre de faits, et de les poser dans la science avec toutes les conditions qui en établissent la rigoureuse authenticité : quant à la théorisation de ces faits, nous n'y songerions même pas ; c'est vain labeur, que de chercher à théoriser des faits aussi grandement contestés que ceux du magnétisme. Ce n'est point là la marche que suivent les auteurs, médecins ou autres, qui écrivent sur le magnétisme ; ils vous parlent de tout à propos du magnétisme ; religion, histoire, philosophie, médecine, physique, chimie, etc., passé, présent, avenir, création et fin du monde, ils manient tout cela avec un aplomb sans égal ; ils ont la clef de tous les grands problèmes cachés sous ces immenses questions. Les somnambules sont les sphinx incompris de toutes ces énigmes ; ils ont une solution pour toutes les difficultés, et quand, sur leurs pas, vous êtes arrivés aux colonnes d'Hercule de ce monde physique, intellectuel et moral, ils vous diraient volontiers, comme l'ange de Milton : Si tu as encore à m'adresser quelques questions sur des choses qui ne surpassent point trop l'intelligence humaine, parle :

.... If else thou Seek'st
Aught, not surpassing human measure, Say.

M. Charpignon n'en a point agi autrement ; dans le chapitre qui ouvre son livre, il traite de la génération du fluide magnétique, et de ses analogies avec les autres fluides impondérables; puis de l'existence du fluide magnétique animal, qu'il compare avec le fluide électrique.

Il semblerait, d'après ces titres de chapitres, que l'auteur suive ici la marche indiquée par la philosophie des sciences; mais ce n'est là qu'une fausse apparence. Les faits qui se trouvent sous cette rubrique sont des assertions de somnambules, et rien de plus; pour moi, nous disait un jour M. le professeur Andral, la plus grande merveille qui se soit produite à l'endroit du magnétisme, c'est la déraison que montrent des hommes de sens et d'esprit, dès qu'il s'agit de cette pseudo-science. Nous regrettons que ce soit à propos du livre de M. Charpignon que nous nous soyons rappelé cette parole de notre savant maître. Mais ce qui tempère notre regret, c'est que nous tenons M. Charpignon pour un homme de sens et de science réelle, et que si nous lui appliquons la première partie du jugement du professeur de pathologie générale, nous réclamons aussi pour lui les bénéfices de la seconde. Donc le médecin d'Orléans parle du fluide magnétique animal, comme d'un fait aussi parfaitement démontré que l'électricité ou la lumière. Sur la foi de somnambules, il vous affirme que ce fluide peut être recueilli, condensé, mis en bouteille, et parfaitement reconnu, dégusté même. Nous avions parfois entendu parler de fluide rose, bleu, vert, parfumé, inodore, etc.; nous croyions que cela se disait dans un salon, mais ne s'écrivait pas. Nous nous trompions: M. Charpignon affirme que le fluide magnétique est plus ou moins brillant, pur et actif, suivant l'âge, le sexe, la santé et l'énergie morale. Le fluide magnétique fulguré par les nerfs du bras est pur, d'une lumière brillante et blanche; celui que le souffle émet est moins brillant; il est probable, ajoute l'auteur avec une adorable naïveté, que c'est à cause des autres gaz dégagés par l'expiration, en insufflant dans le flacon. Remarquez que dans toutes leurs affirmations les somnambules suivent invariablement la loi d'une analogie vulgaire, ou reproduisent les conceptions de la science contemporaine. Sous Broussais, les somnambules ne voyaient que gastrite; depuis que nous avons changé cela, elles voient surtout des gastralgies. De même, le fluide électrique consiste dans une vapeur brillante, qui s'échappe des corps dans certaines conditions déterminées; ce fluide a la plus grande analogie avec le fluide magnétique; elles le voient, le décrivent, chaque fois qu'il s'accumule sur un conducteur, sur lequel leur sens interne est dirigé. Ce sont là des faits étranges sans doute, et qui par cela même qu'ils s'éloignent autant des faits connus, mériteraient d'être surabondamment démontrés; mais cette démonstration manque complétement; on se borne à les affirmer, et puis, comme nous l'avons dit tout d'abord, on s'occupe exclusivement de leur théorie. La dent d'or, la dent d'or, monsieur Charpignon, de grâce, rappelez vous l'histoire de la dent d'or.

Il serait fastidieux pour nous et peu instructif pour le lecteur de suivre M. Charpignon dans les méandres infiniment variés de la physiologie, de la médecine, et de la métaphysique du magnétisme : contentons-nous, quant à la médecine, d'esquisser à grands traits un fait rapporté par l'auteur ; fait qui démontre, suivant lui, la puissance du magnétisme appliqué à la médecine. Ce fait est le suivant : Il s'agit d'une femme qui, pendant longues années, fut sujette à de vives souffrances, et que n'avait pu parvenir à guérir, à soulager même, la médecine vulgaire. Parmi les médecins consultés, les uns avaient vu chez cette pauvre patiente une maladie de l'estomac, d'autres une maladie du foie, ceux-ci un cancer, ceux-là une simple névropathie. Bref, cette femme, lasse de tout, même de l'espérance, se fit magnétiser, devint somnambule, lut dans ses propres entrailles; elle vit que l'estomac était d'un jaune pâle, et formait une poche dont les parois étaient si épaisses qu'elles ressemblaient à une couenne de porc. Ce diagnostic posé, la somnambule se prescrivit un cataplasme composé de son, de racine de patience, d'oignons de lis et de graisse de mouton ; le tout cuit ensemble : puis boire, trois fois par jour, d'une infusion de pariétaire avec du sirop de chicorée ; enfin après huit cataplasmes et non pas neuf, *numero Deus non impare gaudet,* purgation avec l'huile de ricin. Ceci n'a rien de bien transcendant ; c'est la simplicité du génie, c'est de la médecine primitive, mais n'importe; en quelques jours la malade guérit d'une affection qui avait résisté à une foule de médications employées pendant plus de huit ans. En conscience, monsieur Charpignon, est-ce que vous admettez tout cela sans hésitation ? Vous avez étudié la science, votre livre en fait foi : or, s'il est permis de conclure quelque chose des assertions de votre somnambule, qu'est-ce qu'un estomac dont les parois sont si épaisses qu'elles ressemblent à une couenne de porc ? C'est là une véritable désorganisation, c'est un squirrhe, c'est-à-dire une maladie incurable. Or, croyez-vous qu'un cataplasme même composé de son, d'oignons de lis et de graisse de mouton, qu'une tisane de pariétaire, une purgation avec l'huile de ricin ; croyez-vous, disons-nous, que ce simulacre de médecine puisse faire rétrograder un cancer et le guérir ? Non, vous ne le pouvez croire, ou la conviction se fait dans votre intelligence à d'autres conditions que dans l'intelligence du reste des hommes.

Nous ne pousserons pas plus loin ces remarques ; qu'on nous permette de finir par une courte citation. M. Charpignon dit quelque part dans son livre que les philosophes et les médecins du Nord, et il entend surtout par là les philosophes et les médecins allemands, sont presque tous ralliés aujourd'hui aux doctrines du magnétisme. Cette assertion

nous a paru fort étrange, mais elle le paraîtrait bien plus encore au médecin illustre qui a écrit les lignes suivantes : « Le magnétisme, dit animal, sembla d'abord répandre quelque jour sur ce sujet énigmatique (essence de la vie). On crut que le frottement d'un homme par un autre, l'apposition des mains, produisaient des effets remarquables, dépendant de la transmission d'un prétendu fluide zoomagnétique, que quelques personnes s'imaginaient même pouvoir accumuler à l'aide de certains appareils; mais l'histoire du magnétisme animal est devenue un véritable tissu de mensonges et de déceptions : elle n'a montré qu'une seule chose, c'est combien peu la plupart des médecins ont d'aptitude pour l'observation empirique, et combien ils sont loin de posséder l'esprit d'examen si généralement appliqué dans les autres sciences physiques. Il n'est aucun fait dans cette histoire qui ne soulève des doutes, et l'on n'a la certitude que d'une seule chose, le nombre infini des illusions. » (*Physiol. de Muller*, tom. Ier page 23.)

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

BELLADONE. *Son emploi extérieur comme moyen d'expulsion des calculs urinaires de petit volume.* Tout le monde connaît l'efficacité de la belladone dans les cas de strictures spasmodiques des divers conduits ou orifices naturels; la pratique journalière en fournit de nombreux et heureux exemples. Nous avons fait connaître diverses autres applications de la propriété sédative de cette substance, notamment comme moyen de calmer les douleurs des calculeux (*Bullet. thérap.*, t. 29, p. 71, et t. 37, p. 278). Il est encore un autre mode d'action de la belladone, ou plutôt une autre application de la merveilleuse action de cet agent sur la contractilité des tissus, sur laquelle quelques médecins italiens paraissent avoir les premiers fixé l'attention, c'est l'expulsion des calculs urinaires d'un petit volume, sous l'influence de la belladone, employée en frictions sur le périnée. Dans un excellent travail sur ce sujet de M. le docteur Chrestien de Montpellier, on lit le fait suivant qui vient à l'appui des observations curieuses du même genre publiées pour la première fois en France par M. Mayor. Appelé auprès d'un homme de trente-neuf ans, fort et vigoureux, en proie à de vives douleurs partant de la région lombaire et aboutissant au testicule droit, M. Chrestien prescrivit d'abord une application de sangsues sur la région lombaire, et un large cataplasme de farine de lin et de pavot. La douleur, après s'être calmée, reparut le lendemain, plus intense et se perdant toujours dans le testicule droit qui ne présentait d'ailleurs aucune tuméfaction. Nouvelle application de sangsues et de cataplasmes émollients et narcotiques; soulagement momentané suivi du retour des mêmes accidents. Soupçonnant alors un travail morbide vers les reins et les uretères, M. Chrestien prescrivit des frictions avec 4 grammes d'extrait de belladone sur 32 grammes d'axonge; les douleurs disparurent avant que cette dose de pommade fût complétement employée. Quelques jours après, en sortant d'un bain qui lui avait été prescrit, le malade rendit, sans trop souffrir, un petit calcul du volume et de la forme d'un noyau d'olive. Il va sans dire que la guérison, dès ce moment, fut complète. (*Journal des conn. méd.-chirurg.*, février 1850.)

COQUELUCHE. *Son traitement par la belladone en poudre à haute dose, donnée de prime abord et longtemps*

continuée. Des cent et un agents thérapeutiques opposés à la coqueluche, les vomitifs et la belladone sont après tout les meilleurs. Leur insuffisance, trop souvent constatée, peut bien tenir, plus souvent qu'on ne pense peut-être, du moins en ce qui concerne la belladone, à la manière dont on les administre, et au mode de préparation qu'on leur fait subir. Voici quelles sont, à cet égard, les idées récemment émises par M. le professeur Trousseau :

La belladone doit être donnée de prime abord à forte dose et continuée longtemps. L'expérience a, en outre, démontré que pour cette plante, comme pour le datura, la digitale, etc., ni la teinture, ni l'extrait, si bien préparés qu'ils soient, ne peuvent entrer en parallèle avec la poudre. M. Trousseau conseille, en conséquence, d'employer la poudre de racine de belladone, ou à défaut de la racine, la poudre de feuilles, à la dose d'un centigramme, pour un enfant de deux à six ans, d'après la formule suivante :

Poudre de racine ou de feuilles de belladone............	1 centigramme.
Sucre pulvérisé.....	25 —

Triturez avec soin.

On administre cette dose en une fois, matin et soir, suivant que la fréquence des quintes s'observe le jour ou la nuit. Après deux ou trois jours de traitement, s'il y a amendement marqué, on continue la belladone à la même dose ; s'il n'y a pas d'amendement, on double la dose et on donne 2 centigrammes de poudre pendant trois jours ; on peut même aller jusqu'à 3 centigr., toujours en une seule fois. Il faut, en outre, que la belladone soit continuée pendant douze ou quinze jours, au moins, après la cessation des quintes, sans quoi celles-ci reparaissent avec une nouvelle ténacité ; et l'on ne retirerait pas le même avantage de la médication, en la reprenant après l'avoir suspendue.

M. Trousseau dit avoir quelquefois réussi avec l'opium, là où la belladone avait échoué. Il donne une goutte de laudanum de Rousseau, chaque jour, pendant trois jours.

Un vésicatoire ou des frictions avec l'huile de croton lui paraissent utiles au déclin de la maladie ou lorsqu'elle traîne en longueur. Enfin, contre les hémorrhagies, épistaxis, ecchymoses sous-cutanées ou sous-muqueuses, qui compliquent souvent la coqueluche ; il prescrit la poudre de quinquina jaune à la dose de 2 ou 3 grammes par jour. (*Journal des conn. médico-chirurg.*, janvier 1850.)

COQUELUCHE (*Traitement de la*) *par le tannin et le benjoin.* D'après les indications du docteur Geigel, de Wurtzbourg, M. Durr a essayé contre la coqueluche le mélange du tannin et de fleurs de benjoin, dont il dit s'être bien trouvé. Il fait préparer des poudres composées de :

Tannin............	ãã 2 à 5 centigr.
Fleurs de benjoin...	
Sucre candi pulvérisé,	50 »

Mêlez.

On donne un de ces paquets toutes les deux heures. Chez les enfants de six mois à un an, on ne donne qu'une poudre, matin et soir.

Ce médicament ne s'administre qu'à la fin de la période catarrhale. Il est utile, ajoute l'auteur, d'y joindre des bains légèrement salés, tous les trois ou quatre jours, et le grand air.

Nous ajouterons, ce que ne dit pas la note de M. Durr, mais ce qu'on peut considérer comme implicitement exprimé par la période de la maladie à laquelle il adresse cette médication, qu'elle n'exclut point l'emploi des vomitifs au début, ni l'emploi de la belladone, qui s'adresse à l'élément nerveux. (*Medicinische Correspondenz-blatt.*)

ENGELURES AUX PIEDS *traitées par la cautérisation superficielle avec le nitrate d'argent.* Un élève interne des hôpitaux de Lyon, M. Alphonse Petit, signale à l'attention des praticiens un moyen de traitement qui a parfaitement réussi à guérir, sur lui-même et sur un de ses condisciples, des engelures du premier degré, contre lesquelles on emploie si souvent en vain une foule de médications d'une application plus ou moins désagréable. Ce moyen consiste à promener, pendant quelques instants, le crayon de nitrate d'argent sur l'engelure préalablement humectée avec de la salive. Quelques instants après cette application, la démangeaison disparaît, et bientôt après cessent avec elle l'engorgement et la douleur. L'épiderme noirci par la cautérisation tombe

au bout de quelques jours, et laisse voir la peau revenue à son état normal. C'est, comme on le voit, une application fort simple du moyen souvent préconisé contre certains érythèmes, et qui peut être bon à recommander. (*Gazette médicale de Lyon*, janvier 1850.)

ENTORSE *traitée par le bain prolongé d'eau froide et le bandage inamovible gommé*. Une première idée qui surgit dans l'esprit, à la lecture de ce titre, sous lequel M. Baudens expose les heureux résultats des moyens de traitement qu'il a adoptés contre l'entorse, c'est qu'il n'y a rien de nouveau dans l'emploi de ces moyens. L'application de l'eau froide est depuis longtemps usuelle, et l'emploi des moyens contentifs propres à assurer l'immobilité de l'articulation foulée n'offre assurément rien de neuf. On revient cependant sur cette première impression, en suivant attentivement l'exposé du *modus faciendi* du chirurgien du Val-de-Grâce, et l'on finit par y reconnaître, par sa différence notable d'avec la manière habituelle d'appliquer l'eau froide, un véritable caractère d'originalité. Ce qui constitue, en effet, dans l'emploi du premier de ces moyens, une méthode particulière, c'est : 1° que la réfrigération, à elle seule, fait, dans l'immense majorité des cas, le *fond* du traitement; 2° c'est la durée pendant laquelle M. Baudens se sert de cet agent thérapeutique. Voici, en quelques mots, de quelle manière M. Baudens analyse lui-même le mode d'application et les effets de ce moyen.

1° *Époque de l'application*. La réfrigération est appliquée immédiatement après l'accident, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 24 heures après ce dernier, plusieurs jours après, et même dans l'entorse chronique; toutes les fois, en un mot, qu'il s'est agi de soustraire du *calorique morbide*.

2° *Durée de l'application*. L'immersion du pied dans l'eau froide a duré, dans certains cas, huit à dix jours; jamais elle n'a été moindre de deux jours; dans quelques cas, elle a été prolongée jusqu'à quatorze jours.

3° *Mode d'application*. Le malade atteint d'entorse une fois couché sur son lit, on place, du côté lésé, un tabouret sur lequel doit reposer la terrine destinée à contenir l'eau froide. La hauteur de ce tabouret doit être calculée de manière que, la jambe étant pendante hors du lit, le talon vienne aboutir au fond du récipient, qui doit être assez vaste pour contenir une grande quantité d'eau. Le membre doit pouvoir y tremper jusqu'à mi-jambe. L'eau est toujours entretenue à la même température, soit en la renouvelant à mesure qu'elle commence à s'échauffer, soit en l'aiguisant avec un peu de glace (Nous négligeons le détail des précautions prescrites pour éviter la fatigue qui résulte pour le malade de la nécessité de garder, pendant plusieurs jours, la même position.) Enfin, dans les cas d'accidents inflammatoires déjà développés ou imminents, on prescrit, en outre, un purgatif et une ou plusieurs saignées générales, suivant l'indication, mais jamais de saignées locales.

4° *Effets du bain froid*. Un des premiers effets de l'immersion du pied dans l'eau froide, c'est la cessation de la douleur, le plus souvent instantanée, quelquefois seulement après une ou deux heures. Du moment où le pied a été plongé dans l'eau froide, le gonflement reste d'abord stationnaire, puis il diminue graduellement; la chaleur et la rougeur subissent, dans leur décroissance, une diminution proportionnelle à celle du gonflement.

Au quatrième ou au cinquième jour, le pied immergé est blanc et plissé, et on voit apparaître une ecchymose due à l'infiltration sanguine opérée au moment de l'accident par la rupture des petits vaisseaux. Cette ecchymose se montre surtout au périmètre de l'articulation du pied; quelquefois elle remonte jusqu'au tiers supérieur de la jambe. Pour ce qui est des effets généraux, la réfrigération localise le mal, l'enchaîne là où il s'est produit; si bien que la plupart des malades ainsi traités arrivent à la guérison sans avoir éprouvé de mouvement fébrile. (*Gazette des hôpitaux*, janvier 1850.)

GELATINE. *De son emploi comme substance alimentaire*. C'est une question jugée que la gélatine, préparée aux dépens des os, ne peut être employée à l'alimentation de l'homme. Malheureusement l'opinion contraire est tellement enracinée, que nous voyons encore les hommes pla-

cès à la tête des établissements hospitaliers des provinces vouloir faire profiter leurs maisons du prétendu bienfait de ce mode d'alimentation C'est un fait de ce genre qui a ramené cette question devant l'Academie de médecine. Des travaux avaient été entrepris, en 1840, dans les hospices de Toulouse, pour la construction d'un appareil propre à extraire la gélatine des os. La Commission administrative de ces hospices, instruite que l'Académie avait désapprouvé l'emploi de la gélatine dans l'alimentation, a fait suspendre les travaux, et a demandé avis à M. le ministre, qui s'est adressé à l'Académie. Nous ne rapporterons pas le savant rapport de M. Bérard ; les essais nombreux tentés sur l'homme, et les expériences pratiquées sur les animaux vivants, et même celles de M. Bernard, que nous rappelions dans une de nos dernières livraisons, ne laissent aucun doute à cet égard. Cependant l'habile académicien a montré que le critérium ingénieux institué par M. Bernard, pour constater qu'une substance organique introduite dans le sang est mise ou non à profit pour les actes de l'économie, n'était pas inattaquable, car la gélatine, avant son introduction dans le torrent circulatoire, n'avait pas éprouvé l'action du suc gastrique. C'est à ce nouveau point de vue que M. Bérard s'est placé; et, se basant sur les expériences de Tiedmann, Gmelin, de Beaumont, Blondlet, etc., il a montré la différence notable qui existait entre la digestion de la gélatine et celle des matières albuminoïdes.

Les conclusions suivantes qui terminent le rapport viendront enfin, nous l'espérons, détruire, une fois pour toutes, l'idée erronée qui, bien que produite par un désir ardent d'être utile à l'humanité, n'a eu cours que trop longtemps, la valeur de la gélatine, comme substance alimentaire.

Ces conclusions sont : 1° que les propriétés réparatrices du bouillon ne sont point proportionnées à la quantité de gélatine qu'il contient ; 2° que ces propriétés sont dues, en grande partie, à d'autres principes que la viande abandonne à l'eau dans laquelle on la fait bouillir; 3° que la dissolution de la gélatine, dite *alimentaire*, ne contient pas ces principes ; 4° que l'introduction de la gélatine dans le régime ne permet pas de diminuer sensiblement la quantité d'aliments dont on fait usage, et qu'à ce titre elle n'offre aucun avantage; 5° que l'addition de cette substance aux aliments dérange les fonctions digestives d'un grand nombre d'individus, et qu'à ce titre encore son emploi offrait quelques inconvénients, au point de vue de l'hygiène et de la diététique ; 6° enfin, que d'après ces considérations, il n'y a pas lieu d'encourager la construction d'appareils pour la préparation de cette substance dans les établissements destinés à l'assistance publique. (*Compte-rendu de l'Académie de médecine.*)

GLYCÉRINE (*Bons effets de la*) *dans le traitement de certaines maladies de la peau.* Nous appelions dernièrement l'attention sur une application ingénieuse de la glycérine, qui a été faite avec succès au traitement de certaines espèces de surdité avec perforation de la membrane du tympan. Cette application repose sur cette propriété particulière de la glycérine de s'évaporer très-lentement, à cause de son avidité pour l'humidité de l'air. On pourrait donc s'en servir dans beaucoup de cas où l'on a besoin de conserver l'humidité sur les parties, par exemple, comme addition aux onctions grasses, pour couvrir les cataplasmes, pour les lotions, pour les bains..., etc. Mais il est des circonstances dans lesquelles la glycérine, en vertu de cette même propriété, peut rendre de véritables services. C'est dans le traitement des maladies cutanées, qui ont pour caractère principal la sécheresse et la desquammation de l'épiderme. Un médecin, placé à Londres à la tête de l'infirmerie des maladies de la peau, M. Stratin, fait un grand usage de cette substance; il l'emploie surtout dans le pityriasis, principalement dans le pytiriasis congénial, dans la lèpre, le psoriasis, le lichen à sa période avancée, l'impétigo inveterata, et le prurigo. Il l'a employée également en lotions contre les formes croûteuses du lupus exedens; contre diverses formes de la syphilis et de la scrofule cutanée, avec tendance à un écoulement fétide et à la formation de croûtes et à la période squammeuse de la petite vérole. Il s'en est servi encore dans les cas d'alo-

pécie, pour les fissures des mains, de la face ou des lèvres, en y ajoutant un peu d'eau de rose et quelques grains de borax. En combinant la glycérine avec les savons, on peut s'en servir avec avantage dans les embrocations, particulièrement chez les individus qui ont la peau habituellement sèche, pour combattre les douleurs rhumatismales, arthritiques..., etc. Dans tous ces cas, la glycérine ne doit pas être employée pure, mais mélangée à de l'eau ou à tout autre liquide. Il faut encore avoir la précaution de ne prescrire que la glycérine purifiée, qui est alors inodore et anhydre, qui a la couleur de la bière et la consistance du sirop de sucre.

Voici maintenant les formules employées par M. Stratin, dans le traitement de diverses maladies :

1° Dans les brûlures superficielles, les excoriations, les écorchures, l'intertrigo, les crevasses des lèvres, l'herpès des lèvres..., etc.

Pr.	Gomme adragante pure, de........	8 à 15 grammes.
	Eau de chaux......	120 —
	Glycérine purifiée..	30 —
	Eau distillée de roses	100 —

On obtient ainsi une gelée molle, que l'on peut employer en onctions ou en embrocations.

2° Dans le traitement du prurigo, du lichen, du strofulus, de la lèpre, du psoriasis, des démangeaisons, etc.

Pr.	Acide nitrique étendu d'eau.........	de 2 à 4 grammes.
	Sous-nitrate de bismuth...........	2 —
	Teinture de digitale	4 —
	Glycérine purifiée.	15 —
	Eau distillée de roses.	225 —

pour lotions sur les parties malades.

3° Pour les fissures du mamelon, des mains, des lèvres; les irritations de la peau, qui suivent l'action du rasoir, l'exposition au soleil; contre le pityriasis... etc.,

Pr.	Biborate de soude de	2 à 4 grammes.
	Glycérine purifiée...	15 —
	Eau distillée de roses	225 —

pour des lotions sur les parties malades.

4° Contre l'alopécie qui suit les maladies aiguës, ou qui est consécutive à la sécheresse, ou au défaut d'action du cuir chevelu, pour remédier à la minceur des cheveux.., etc.

Pr.	Esprit d'ammoniaque composé.........	30 grammes.
	Glycérine purifiée...	15 —
	Teinture de cantharides, de 4 à	8 —
	Eau distillée de romarin............	200 —

pour des lotions, que l'on fait une ou deux fois par jour sur le cuir chevelu.

5° Contre les douleurs rhumatismales, arthritiques, névralgiques, les contusions, les entorses..., etc.,

Pr.	Liniment savonneux composé.........	45 grammes.
	Glycérine purifiée...	15 —
	Extrait de belladone..	4 —

On peut ajouter à ce liniment une certaine quantité de vératrine. Pour embrocations, deux fois par jour. (*Medic. Times.*)

HUILE DE FOIE DE MORUE (*Formules pour l'administration de l'*). L'emploi de l'huile de foie de morue se généralise tellement de jour en jour, et l'expérience confirme tellement les bons résultats qui ont été annoncés dans ces derniers temps, principalement en ce qui touche son application au traitement de la phthisie pulmonaire, que nous croyons être agréable à nos lecteurs en leur faisant connaître quelques formules destinées à dissimuler plus ou moins complétement la saveur toujours désagréable de cette huile, même dans les variétés les plus pures et les moins empyreumatiques.

Première formule :

Pr.	Huile de foie de morue.	30 gramm.
	Solution de carbonate de potasse..........	8 gramm.
	Sirop d'orange.......	30 gramm.
	Essence d'œillet......	4 gouttes.

Une petite cuillerée deux fois par jour.

Deuxième formule :

Pr.	Huile de foie de morue.	30 gramm.
	Sirop d'orange.......	30 gramm.
	Eau distillée d'anis....	30 gramm.
	Essence d'œillet......	3 gouttes.

Une grande cuillerée trois fois par jour.

Troisième formule :

Huile de foie de morue..	250 gramm.
Gomme en poudre......	30 gramm.

Faites une émulsion et ajoutez :

Sirop d'orange.........	30 gramm.
Sirop de menthe poivrée.	60 gramm.

Une grande cuillerée deux fois par jour.

On pourrait encore donner l'huile

de foie de morue en opiat, d'après la formule suivante :

Pa. Huile de foie de morue.. 4 gramm. Magnésie, Q. S. pour saturation.

Mais comme il faut environ deux fois autant de magnésie en poids que d'huile pour arriver à saturation, il suit de là que ce mode d'administration a le grand inconvénient d'obliger le malade à ingérer une trop forte proportion de médicament.

On peut encore dissimuler cette saveur désagréable en faisant prendre l'huile de foie de morue avec du lait chaud ou dans une tasse de café noir très-chaud ; mais nous devons avouer que le meilleur mode d'administration du médicament est de le donner sans aucun mélange. On parvient souvent à la faire supporter en engageant le malade à se gargariser la bouche, avant et après l'ingestion de l'huile, avec une cuillerée d'eau-de-vie. Les papilles de la bouche, ainsi émoussées, permettent alors des doses assez élevées pour qu'on en obtienne tous les bons effets. Enfin lorsque les malades sont fortement tourmentés par des nausées, des renvois ou des envies de vomir, lorsque l'ingestion de l'huile est suivie, ainsi que nous en avons vu quelques exemples, d'un dégoût tel qu'il a pour conséquence l'abstention de tous les aliments, on peut encore administrer l'huile de foie de morue, le soir en se couchant et au moment de s'endormir ; le sommeil arrive, et la digestion de l'huile s'opère pendant la nuit, facilitée qu'elle est par le décubitus horizontal et l'immobilité. Pour notre part, nous avons réussi ainsi à faire supporter l'huile de foie de morue à des personnes qui, jusque-là, n'avaient pu s'y habituer.

KYSTE LAITEUX *développé pendant la grossesse, guéri par le séton et la cautérisation, après avoir employé sans succès les injections irritantes.* Une femme, âgée de trente-sept ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, avec une énorme tumeur du sein. Cette femme était accouchée depuis quatre mois. Le développement de sa tumeur datait du commencement de sa grossesse ; la malade s'était aperçue à cette époque d'une petite glande à la partie interne du sein gauche. Peu à peu, pendant toute la grossesse, la tumeur avait augmenté de volume. A l'époque de l'accouchement, elle avait acquis son maximum de développement. Après l'accouchement, il survint quelques douleurs et de la rougeur sur le sein, ce qui n'empêcha pas cette femme de nourrir son enfant. Au moment de son entrée à l'hôpital, la tumeur offrait le volume de la tête d'un enfant environ. La peau et le mamelon étaient parfaitement sains ; la tumeur était pédiculée et tout à fait pendante au devant de la poitrine. Le vaste repli de la peau qui en formait la base, était éloigné de cinq à six pouces du sommet de la tumeur. Bien qu'assez uniformément arrondie et de consistance à peu près égale, on sentait cependant une plus grande dureté à la partie externe qui paraissait formée par une portion considérable de la glande mammaire, tandis que le reste de la tumeur offrait une fluctuation sensible. Il n'y avait de douleur nulle part. Les veines étaient très-dilatées à la surface du sein. Rien dans les ganglions de l'aisselle. Dans le doute si la tumeur à laquelle on avait affaire était un kyste ou un lipôme, M. Barrier dans le service duquel se trouvait placée cette malade, pratiqua une ponction avec le trocart explorateur ; cette ponction donna issue à une petite quantité d'un liquide tout à fait semblable à du lait (1). Ce chirurgien s'arrêta dès lors à l'idée d'évacuer le kyste, et d'y injecter de l'iode. Un coup de trocart fit sortir à peu près 500 grammes du même liquide. On injecta immédiatement un mélange à parties égales de teinture d'iode et d'alcool camphré. Inflammation légère les jours suivants ; reproduction du liquide. Nouvelle ponction qui donne issue au même liquide, mais empreint d'une forte odeur d'iode, et suivie d'injection iodée, sept jours après la première. Cette fois l'injection est laissée presque en totalité dans la poche. Il n'en resulta pas plus d'effet que de la précédente. On injecta alors, à douze jours de là, le liquide suivant.

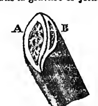
Eau distillée.............. 100 grammes.
Nitrate d'argent cristallisé. 2 —

L'inflammation étant, cette fois encore, restée au-dessous du degré nécessaire à l'oblitération du kyste, M. Barrier se décida à passer un séton à travers la tumeur. Quelques

(1) (L'analyse de ce liquide faite par M. Saint-Lager, préparateur de chimie, à l'Ecole de medecine de Lyon, y a fait reconnaître tous les éléments du lait.)

jours après, on saupoudra la mèche du séton avec du nitrate d'argent fondu pulvérisé. Enfin, après quelques jours, durant lesquels le travail inflammatoire avait pris une certaine intensité, il s'échappa à travers l'ouverture inférieure du séton une masse arrondie et creuse, dont les parois fort épaisses, tapissant la surface interne du kyste, étaient constituées par des couches de fibrine. Le sein était affaissé et considérablement diminué de volume; la vaste excavation qu'il présentait s'effaça peu à peu par le rapprochement et l'adhésion progressive de ses parois. La guérison ne fut plus entravée que par un érysipèle intercurrent et par une hémorrhagie qu'on arrêta en recouvrant de collodion l'ouverture fistuleuse qui donnait passage au sang. Enfin, lorsque la malade quitta l'hôpital après un séjour de trois mois qu'avait nécessité son traitement, il ne lui restait plus qu'une très-petite plaie en suppuration, dont la cicatrisation prochaine était certaine. Nous avons cru devoir rapporter dans tous ses détails cette intéressante observation, d'abord comme un exemple rare et curieux de kyste laiteux développé pendant la grossesse, et contenant une aussi grande quantité de lait pur, n'ayant subi aucune des altérations qu'il subit ordinairement dans ces sortes de collections anormales; en second lieu, à cause des enseignements cliniques qu'elle renferme. En rapprochant ce fait de l'histoire des kystes profonds ou interstitiels de la mamelle, publiée dans ce Recueil par M. Robert (v. *Bull. de Thér.* t. 36, p. 159), on y trouvera la continuation des caractères diagnostiques assignés par notre savant collaborateur à ces sortes de tumeurs, ainsi que la confirmation de la plupart des considérations pratiques qu'il a émises sur ce sujet, notamment sur l'utilité, pour ne pas dire l'indispensable nécessité, en pareil cas, des ponctions exploratrices pour éclairer un diagnostic toujours plus ou moins incertain. Enfin, en ce qui concerne le traitement, on y verra une preuve tout à fait démonstrative de la non-infaillibilité des injections irritantes et de leur insuffisance pour les cas de kystes volumineux à parois dures et épaisses. Quant au choix du procédé, on ne peut qu'approuver M. Barrier d'avoir préféré, dans cette circonstance, l'application du séton à l'incision, qui n'eût pas été sans danger pour un kyste d'une aussi vaste étendue. (*Gazette médicale de Lyon*, janvier 1850.)

PLEURÉSIE (*Recherches sur une altération particulière des côtes dans la*). L'altération nouvelle que signale M. Parise, sous le nom d'*ostéophyte costal pleurétique*, est loin d'être rare; cependant aucun anatomo-pathologiste ne l'a encore indiquée; Laennec lui-même n'en fait pas mention dans ses observations de rétrécissement de la poitrine à la suite de certaines pleurésies, dans lesquelles il est presque certain qu'elle devait exister. Comme la connaissance de cette altération dans la forme des côtes ne peut être indifférente au chirurgien, dans la pratique de la résection costale et de l'opération de l'empyème, nous devons mentionner les principaux traits de cette production pathologique. L'ostéophyte est, comme l'étymologie l'indique, une production osseuse de formation nouvelle, développée à la surface interne d'une ou de plusieurs côtes, sous l'influence de l'inflammation de la plèvre. Elle atteint son plus haut degré de développement dans les pleurésies chroniques, avec pseudo-membrane et affaissement plus ou moins considérable du côté malade. Elle constitue alors une côte sur-ajoutée, concentrique à la côte primitive; celle-ci perd sa forme prismatique et triangulaire, ainsi qu'on le peut voir dans la gravure ci-jointe.



L'existence de l'ostéophyte est liée à celle de la pleurésie du même côté, comme l'effet à sa cause. Mais toute pleurésie n'en provoque pas le développement; une seule condition est nécessaire à sa formation, c'est que l'inflammation pleurale soit assez intense et assez durable pour qu'elle étende son influence jusqu'au périoste des côtes voisines. Du reste,

les conclusions suivantes, qui résument le travail de M. Parise, donneront une idée de la manière complète dont cet habile physiologiste a traité son sujet. 1° Une production osseuse se développe à la face interne des côtes dans certaines pleurésies. 2° Elle n'existe que sur les côtes qui sont en rapport immédiat avec la plèvre enflammée. 3° Elle est l'effet d'un phénomène pathogénique général, l'irradiation de l'inflammation autour de son foyer. 4° Elle change la forme des côtes, qui deviennent prismatiques et triangulaires. 5° Elle présente quatre phases dans son développement : état liquide, état demi-osseux, état osseux, fusion intime avec l'os primitif. 6° Celui-ci subit l'absorption interstitielle, particulièrement à sa face interne, dont la lame compacte disparaît. 7° Tous ces changements rentrent dans les lois de l'ossification normale. 8° L'ostéophyte costal pleurétique n'est pas une simple curiosité anatomo-pathologique. Sa connaissance peut avoir son utilité dans la pratique. (*Archiv. de médecine. Décembre* 1849.)

VARIÉTÉS.

DES DEVOIRS DU MÉDECIN,

Par M. le professeur FORGET (de Strasbourg). (Suite (1).)

CHAPITRE II. — *Devoirs du médecin envers le public.* — Voici donc le médecin en face de son juge obligé sinon naturel ! juge le plus souvent d'une incompétence radicale, exigeant et ingrat, orgueilleux et absurde, frivole et cruel. Que si le praticien s'impose pour première loi de plaire toujours au public, il est perdu pour la science et pour la vertu. Pour la science, car il n'aura désormais pour ambition que de flatter et d'amadouer la sottise et les préjugés ; pour la vertu, car il sera forcé de spéculer sur le mensonge, conformément à l'axiome : *Vulgus vult decipi*, et il ne tardera pas à capituler avec sa conscience en se disant avec GUY-PATIN : « *Decipiatur, nam volenti et patienti non fit injuria.* »

Le public est imbu d'une foule d'idées saugrenues dont il est impossible de le dissuader. Il est convaincu que toutes les maladies ont une cause appréciable et des remèdes certains. Son étiologie repose sur la suppression de transpiration, les amas d'impuretés dans le tube digestif, les humeurs viciées répandues dans l'économie et notamment dans le sang, les affections des nerfs, la faiblesse, etc. De là sa prédilection pour les sudorifiques, les purgatifs, les dépuratifs, les excitants, les toniques. Quiconque le traite à sa manière est sûr de sa faveur et de son indulgence en cas d'insuccès. Le public est persuadé que si la maladie ne guérit pas, c'est que le médecin ne sait pas en trouver le remède ; il s'imagine que les remèdes doivent agir immédiatement ; l'œuvre du temps et du régime sont pour lui lettre close. D'après ces idées, tout symptôme fâcheux est le produit des remèdes, et quand la maladie s'aggrave, c'est toujours la faute du médecin. Le public ne connaît de critérium que le résultat. Si le malade meurt, le médecin, fût-il l'homme le plus habile, est pour lui un ignorant ; s'il guérit, le plus ignoble médicastre devient à ses yeux un homme de génie. Esclave de ses préventions, il déverse à tort et à travers la diffamation et la louange. Son fétiche d'hier devient son exécration d'aujour-

(1) Voir la livraison du 30 janvier 1850, p. 88.

d'hui, selon la fatalité des événements et les passions qui l'animent. Tel est le souverain de qui dépendent l'honneur et la fortune du praticien.

BACON a déjà signalé ce fatal caractère de la profession médicale qui n'a de juges compétents que parmi ceux qui l'exercent. Le public juge d'un artiste par la beauté plastique de ses œuvres, d'un avocat par son éloquence et son talent de persuasion, etc. L'œuvre du médecin, au contraire, est essentiellement et profondément occulte et inaccessible à l'intelligence du vulgaire, et pour comble de fatalité, ceux-là qui seuls peuvent le juger, ses propres confrères, sont le plus souvent intéressés à le déprécier !

Aussi, pour ce qui concerne le choix d'un médecin, le public se laisse-t-il séduire par tout autre chose que par le talent. « Il suffit, dit HUXHAM, d'être le favori de quelque homme en place, ou, ce qui vaut encore « mieux, de quelque femme à la mode, d'être l'instrument d'un parti, « d'avoir un brillant équipage et d'être doué d'effronterie, pour passer « pour un habile homme, à la honte de la profession et pour le malheur « de la société. » Aussi a-t-on dit avec raison qu'une grande célébrité fait souvent moins l'éloge du médecin que la satire du public. Et pourtant, si jamais la maxime stoïcienne et chrétienne : « Fais ce que dois, advienne « que pourra », est d'application rigoureuse, c'est surtout lorsqu'il y va de la vie de nos semblables. Mais, hélas ! combien peu de caractères sont de trempe à sortir victorieux de ce cruel combat entre le devoir et l'intérêt !

Un précepte formulé spécialement par FRÉD. HOFFMANN et dont la portée reste incomprise de la plupart des praticiens, c'est de se dispenser d'offrir ses services, sous peine de les faire mépriser. Bien des confrères passent leur vie à faire, comme on dit, la chasse aux clients, même à ceux qui sont actuellement en puissance de médecin. Ceux-là parviendront sans doute à voir beaucoup de malades dont la plupart ne tarderont pas à les abandonner, leur laissant la honte d'avoir forfait à la dignité médicale et souvent à la loyauté confraternelle.

Certains praticiens ont l'art de se rendre utiles en se mêlant des affaires de leurs clients, en les aidant de leurs conseils, de leurs démarches, de leur influence, dans leurs calculs d'intérêt, d'ambition ou même de plaisirs. Ces médecins complaisants ont, en général, assez de succès dans le monde qui confond si facilement l'amabilité avec le talent, le dévouement avec le mérite, et la servilité avec la philanthropie. Mais, indépendamment de ce qu'il en coûte à la dignité personnelle, ces obséquiosités vont parfois contre leur but, et le médecin officieux est désormais traité comme un ami de la maison et rétribué en simples témoignages de gratitude et d'affection, si même bientôt ne se produisent la lassitude, la froideur, la morgue et finalement l'abandon. La réserve et la discrétion sont au nombre des vertus les plus essentielles au praticien. Le médecin devient souvent l'ami de ses clients, mais il ne doit pas oublier qu'un instant peut suffire à rompre les liens les plus solides en apparence; il suffit pour cela d'un malheur, d'une intrigue, d'un rien; aussi doit-il faire son profit d'une maxime désolante mais trop justifiée : c'est celle qui recommande d'en user avec nos amis comme s'ils devaient être un jour nos ennemis.

Le médecin devra se présenter avec la modeste assurance qui naît du sentiment de sa valeur, car notre profession peut marcher de pair avec outes les autres conditions sociales. Il a droit, en effet, à la bienveillance,

celui qui peut dire avec le grand roi des livres saints : « *Qui me invenerit, inveniet vitam et hauriet salutem.* » (*Prov. de* Salomon.)

La plupart des auteurs qui ont traité des devoirs du médecin ont consacré quelques considérations à la conduite qu'il doit tenir à l'égard des grands ; tous s'accordent à maintenir que la condition du médecin ne le cède à aucune autre. Pline même, dans un élan de générosité à notre égard, place le médecin au-dessus du monarque ; il définit la médecine : « *Ars quæ ipsis imperat imperatoribus* » ; ce n'est peut-être que pour se donner la satisfaction de faire un agréable jeu de mots. Quoi qu'il en soit Fréd. Hoffmann, qui consacre à cet objet un long article de sa *Politique du médecin*, recommande à celui-ci de se montrer hardi et non pas humble à l'égard des grands personnages. Un pareil thème serait aujourd'hui un anachronisme : les grands ne sont plus, en tant que l'on comprend par là certaines castes nobiliaires; la seule noblesse qu'on reconnaisse actuellement, c'est celle du talent, de l'esprit, du caractère, c'est celle qui dérive des services rendus à la société. Eh bien ! à tous ces titres, le médecin peut, sans trop d'orgueil, se prétendre aussi noble, c'est-à-dire aussi grand que qui que ce soit. Il est encore des gens qui font consister la grandeur dans la richesse, dans le pouvoir de se faire obéir, sans obéir, soi-disant, à personne. Or, le riche ambitionne souvent la plus lourde des servitudes, celle des honneurs politiques, administratifs, etc. Eh bien ! du ministre qui est responsable de ses actes envers tous les citoyens, et du médecin qui ne dépend que de ses clients et de sa conscience, lequel est le plus esclave, je le demande?... « Dieu seul est grand », dit Bossuet.

La physionomie du médecin sera empreinte d'une gravité douce, aussi éloignée de la tristesse qui inquiète le malade que de la joie qui insulte à sa douleur. A cet égard pourtant il conviendra de se conformer autant que possible au caractère connu du patient.

En général, il faut que le médecin soit sobre de paroles. La taciturnité affectée sert souvent de masque à la nullité, et dans tous les cas le malade aime assez qu'on l'entretienne de lui-même, qu'on lui adresse quelques mots de consolation et d'espérance. D'autre part, la loquacité bruyante est un écueil où la dignité doctorale vient parfois échouer, sans compter qu'elle est un fléau pour certains malades : *Medicus loquax, ægro alter morbus*, dit un proverbe de l'antiquité. Quant à l'objet de la conversation, ce doit être d'abord, comme nous l'avons dit, le malade et la maladie. A cet égard les gens les plus éclairés sont souvent les plus difficiles à satisfaire ; pénétrés de leur capacité, ils prétendent tout savoir et tout passer au creuset de leur suffisance, et Dieu sait les sottises que leur dicte la vanité! Quelques-uns poussent même l'exigence jusqu'à la tyrannie : on raconte qu'Aristote étant malade fit appeler un médecin, lequel lui prescrivant un remède sans en déduire les motifs : « Me prends-tu pour un « rustre (*bubulcus*) ? lui dit-il ; explique-moi pourquoi je dois prendre ce « médicament, si tu veux que je sois docile à tes prescriptions. » Le mieux à faire dans ce cas, c'est de donner l'explication demandée en termes scientifiques, comme pour punir le malade de sa curiosité ; ou s'il n'y a pas d'explication possible, d'invoquer l'expérience ou quelque banalité, telle que : *L'opium facit dormire quia tenet facultatem dormitivam*, épigramme qui pourtant est bien souvent l'expression pure et simple de la vérité scientifique, vu notre profonde ignorance des causes premières.

Gardez-vous, dans tous les cas, d'alléguer des motifs erronés ou ridicules, car vos propos seront épilogués, souvent même par des confrères qui pourraient bien s'en prévaloir à vos dépens. Ce sujet épuisé, il convient généralement de faire retraite; cependant beaucoup de malades des classes élevées aiment à trouver dans leur médecin un agréable interlocuteur. Soyez donc, autant que possible et selon l'occurrence, savant ou léger, sérieux ou enjoué dans vos causeries. Ce précieux talent de la conversation a fait la fortune d'une foule de gens, d'ailleurs très-médiocres dans leur spécialité.

Dans l'établissement du diagnostic, livrez-vous avec ménagement, sans doute, mais aussi sans restriction, à toutes les investigations nécessaires ; ne vous arrêtez que devant l'impossible. Trop de condescendance pour le caprice, la paresse, la pudeur mal entendue ou même la sensibilité physique des malades, a souvent occasionné de grands malheurs, sans parler des erreurs humiliantes pour l'art. Quand il y va des intérêts de l'humanité, sachez encourir des désagréments, des disgrâces même que, d'ailleurs, vous saurez éviter si vous possédez l'art d'imposer vos volontés. Sachez aussi surmonter vos répugnances; rien n'est rebutant de ce qui touche à la conservation de nos semblables : telle odoration fétide, telle gustation repoussante, telle manœuvre qui soulève le dégoût, constituent parfois les seuls moyens de déterminer la nature de la maladie. Vous avez pu voir à la clinique une jeune fille minée par un diabète sucré demeuré méconnu, parce que les médecins qui s'étaient succédé auprès d'elle n'avaient pas eu l'idée ou le courage de déguster ses urines. Que de cancers utérins ou du rectum se développent sourdement, parce que le médecin recule devant la proposition ou la pratique du toucher!

Une chose très-délicate sur laquelle le médecin est régulièrement sollicité, c'est le pronostic au point de vue de la gravité, de la terminaison et de la durée des maladies. « Soignez le pronostic », disait Barthez, c'est-à-dire craignez de vous compromettre. Retranchez-vous, à l'occasion, sur l'incertitude de l'avenir, en faisant remarquer que celui-ci relève autant d'événements futurs impossibles à prévoir, que des circonstances présentes; et, en effet, cet avenir dépend autant du malade et des assistants que de la maladie et du médecin lui-même. Il convient, en général, de rembrunir un peu le pronostic, tant parce qu'il peut, en réalité, survenir des accidents fâcheux, que pour inspirer au malade une terreur modérée et salutaire qui l'oblige à la docilité. Epargnez-lui cependant les pronostics trop sinistres : c'est alors particulièrement que le rigide Platon lui-même a cru devoir absoudre les médecins du délit de mensonge ; c'est à ce propos que Fréd. Hoffmann eût pu dire avec raison : « *Qui nescit dissimulare nescit curare.* » Néanmoins, faites vos réserves auprès de la famille ou des assistants, afin de sauvegarder votre réputation.

Relativement à la thérapeutique, la première des règles est celle formulée par Hippocrate : « *Primò non nocere.* » Quant à vos prescriptions, employez la persuasion et au besoin la fermeté pour en assurer l'exécution. N'usez de molle complaisance que lorsqu'il n'y a pas péril à le faire. J'ai pour principe de permettre l'emploi des remèdes inutiles ou absurdes, si souvent réclamés avec obsession par les malades, en tant que ces remèdes sont sans inconvénient. Laissez les hémorrhoïdaires porter des marrons dans leur poche et les goutteux coucher avec un balai de bouleau ; per-

mettez même à un hydropique de boire de l'urine et à un paralytique de prendre un bain de sang de bœuf, quelque révoltants que soient ces moyens, ne fût-ce que pour convaincre les malades de leur extravagance. Il est vrai que l'expérience ne les corrige pas et que la révélation de leurs sottises réitérées ne les rend pas plus sages, mais c'est un moyen de vous concilier leur confiance et leur affection. Il en serait tout autrement s'il vous arrivait de tolérer un remède dangereux : on ne manquerait pas de déverser sur vous tout le poids du résultat. L'emploi spontané des remèdes superflus ne peut être justifié que par la nécessité de satisfaire le moral des malades. Hors ce cas, la polypharmacie est un larcin véritable, car elle attente à la bourse du patient. L'emploi des signes cabalistiques et des langues étrangères dans la rédaction des formules n'est justifié que par la nécessité réelle de dissimuler le remède au malade, dans son propre intérêt et non dans l'intérêt prétendu de la dignité professionnelle, dignité qui ne saurait reposer sur l'astuce et le charlatanisme.

Il arrive tous les jours qu'on accuse le médecin alors qu'on a mal exécuté ou même complétement omis ses prescriptions ; injustice dont SYDENHAM se plaint en ces ter mes : « Dans certaines occasions où l'on n'avait « rien fait de tout ce que je disais, on n'a pas laissé de mettre sur mon « compte la mort des malades, quoique leurs amis et les gardes les eus- « sent tués à force de les échauffer. » (*Lettre à G. Cole.*) Assurez-vous donc de l'exécution de vos ordonnances, et pour cela, formulez par écrit plutôt que verbalement, donnez toutes les instructions nécessaires, inspectez et goûtez les remèdes, inspectez les pansements, etc.

Visitez vos malades avec exactitude, quant aux jours et aux heures convenus. Cherchez à vous éclairer par quelques apparitions imprévues. Multipliez vos visites juste autant que le demande la maladie. Si le malade en exigeait plus ou moins, rappelez-lui que vous seul êtes juge à cet égard. Que si vous soupçonnez un motif d'économie, faites-lui comprendre qu'il conservera toute sa liberté à l'endroit des honoraires. Soyez à toute heure à la disposition de vos malades, à moins qu'ils n'abusent manifestement de votre complaisance. Souvent il nous arrive d'être cruellement dérangés par des gens qui n'ont que le mal de la peur ; c'est ce qui fait que les vieux praticiens ne se pressent jamais, instruits et blasés qu'ils sont par ces déceptions réitérées. A moins d'urgence démontrée, ne manifestez pas trop d'empressement. L'extrême obséquiosité altère au moins le respect dû au médecin, si elle n'engendre le mépris. Ne mettez pas non plus trop d'affectation à vous faire désirer : Pas n'est besoin de flétrir ici ce procédé charlatanesque qui consiste à se faire longtemps attendre, sous prétexte de nombreuses occupations.

Si vous rencontrez, ce qui n'est pas rare, de ces malades ostensiblement et radicalement réfractaires aux conseils de la science et dont, pour cette raison, l'existence s'en va périclitant, l'intérêt de votre réputation serait peut-être de les abandonner définitivement, si cet abandon ne recevait toujours dans le public de fâcheuses interprétations. On ne manque pas, en effet, de ranger ces cas dans la catégorie de ceux où il y aurait réellement crime de lèse-humanité à éconduire ou délaisser de pauvres malades, pour ce seul motif qu'ils sont incurables ou qu'ils vont mourir. Dans ce dernier cas, d'ailleurs, la nature a tant de fois démenti les prophéties de la science, qu'il y a prudence autant que résignation à persister jusqu'au bout.

Nous devons une mention particulière aux relations du médecin avec les femmes et les enfants. A l'égard du sexe, redoublez, s'il se peut, de mansuétude, sans jamais sacrifier les exigences de la santé. Tenez compte, dans l'établissement du diagnostic, de l'instinct de retenue, de dissimulation même qui caractérise la plus belle moitié du genre humain ; faites la part des exagérations et de la mobilité nerveuse : « Ce sexe délicat, dit Fréd. « Hoffmann, donne dix fois plus d'embarras de corps et d'esprit aux mé« decins que le masculin. » N'omettez jamais d'interroger les femmes sur l'état de leurs fonctions mensuelles, sous peine d'être soupçonné d'inexpérience à l'endroit des maladies du sexe. Vous obtiendrez d'elles tous les sacrifices de pudeur, si vous savez leur persuader que le médecin n'a pas de sexe, si vous traitez sérieusement et sans affectation les détails relatifs aux secrets sexuels. Armez-vous donc de froideur et de dignité au sujet de ces matières délicates. Trop d'occasions vous seront offertes de manquer à la chasteté pour peu que vous soyez fragiles ; et pour vous fortifier, rappelez-vous toujours qu'un instant de faiblesse peut vous valoir toute une vie de regrets et de honte.

« Il y a deux choses embarrassantes dans la pratique, dit encore Fréd. « Hoffmann, c'est de traiter les femmes grosses et les enfants. » La raison de ces difficultés gît d'abord dans l'obscurité qui enveloppe souvent les maladies des uns et des autres, puis dans l'extrême circonspection qu'il importe d'observer quant à l'emploi des modificateurs appliqués à ces organisations délicates. La médecine des femmes et des enfants ne diffère pas fondamentalement de la médecine ordinaire ; seulement les malades de ces catégories doivent être considérés comme étant doués d'une idiosyncrasie particulière, d'une susceptibilité fondamentale qui se rencontre parfois accidentellement chez les hommes et les adultes.

La médecine, dit-on, est un sacerdoce. Or, s'il est juste d'établir un parallèle entre le prêtre et le médecin, c'est surtout en ce qui concerne le secret qui doit être aussi sacré pour l'un que pour l'autre. Si j'avais à préciser les cas où le médecin peut être autorisé à violer les secrets qui lui sont confiés, je dirais que ce sont ceux-là même où il est permis au prêtre de divulguer les secrets du confessionnal.

Après tant de sollicitude, de labeur et d'abnégation, il arrive souvent que celui qui vous doit la santé et la vie vous en récompense par l'ingratitude et l'infidélité, et presque toujours alors, pour justifier son manque de cœur et de constance, il aura recours à la diffamation. Ces retours, pourtant si prévus, sont toujours pour le médecin un sujet de cruelle amertume, car il ne s'agit pas seulement ici d'intérêts compromis, d'amour propre froissé ; le coup pénètre plus avant au fond de l'âme : le médecin est comme une mère, dont la tendresse s'accroît par les peines, les soucis et les sacrifices ; il couve d'un amour quasi paternel celui qu'il a ravi aux angoisses de la douleur, aux étreintes de la mort, et la répudiation de pareils sentiments lui brise le cœur à l'égal d'un parricide.

Tel est certainement un des côtés les plus hideux de l'humanité, celui qui justifie le mieux les élans de misanthropie qui se révèlent dans les œuvres de nos grands hommes, et cette espèce d'insensibilité à laquelle viennent aboutir la plupart des vieux praticiens : insensibilité, misanthropie surabondamment légitimées par l'expérience du monde, mais que rien ne peut excuser aux yeux de la morale et de la haute philosophie. Le méde-

cin n'a le droit de mépriser les hommes que pour rendre plus méritoire la grandeur d'âme dont il fait preuve en continuant de les servir. Tant de perversité pardonnée le relève à ses propres yeux et peut hausser son orgueil jusqu'à le porter à se poser en émule de la Divinité (1); c'est qu'en effet, dans le rôle respectif du public et du médecin, il y a souvent quelque chose d'analogue au drame ineffable du Calvaire.

Graviora tuli (Sénèque), telle doit être la devise et telle est fréquemment la destinée du vrai praticien.

Nous touchons à un des points les plus délicats de notre tâche, à l'article des *honoraires*, terme imaginé pour exprimer ce qu'il y a de relevé dans le salaire du médecin : « Ce qu'on donne aux médecins pour le bien « qu'ils font est *honorarium* et non pas *merces* », dit Guy-Patin. Nous avons déjà fait observer que le lucre ne devait être que le but secondaire de l'art médical : « Ne parler que d'argent et de faire fortune sont des condi- « tions très-pernicieuses en un médecin », a dit encore le spirituel auteur que je viens de citer. « Gardons-nous d'imiter ceux qui gagnent leur for- « tune, non à la sueur, mais à la rougeur de leur front », répète son ingénieux commentateur (Reveillé-Parise). Néanmoins il faut vivre ; mais, ainsi qu'on l'a dit encore, la vie humaine n'est pas tout entière dans la satisfaction des instincts matériels, et chez les organisations complètes, la la voix de l'âme ne parle pas moins haut que celle du corps.

Voltaire a dit avec raison : « Un médecin promet ses soins et non la « guérison ; il fait ses efforts et on les lui paye» (*Diatr. du docteur* Akak). Le poëte latin avait dit avant lui :

> « *Non est in medico semper relevetur ut ægeri*
> « *Interdum docta plus valet arte malum.* »

On ne paye le médecin que de ses peines et nullement du service qu'il a rendu; car la vie et la santé sont sans prix équivalant, surtout pour celui qui fut menacé de les perdre ; d'où suit qu'après les honoraires persiste toujours la dette de la reconnaissance.

Quel que soit l'événement, le malade doit donc rétribuer le médecin. Il doit le faire en raison composée : 1° de son aisance propre, car il est un principe social et chrétien qui veut que le riche dédommage le médecin des soins que celui-ci donne gratuitement aux pauvres ; 2° de la gravité de la maladie, car un mal qui menace la vie donne plus de peines et de soucis, impose plus d'efforts d'intelligence au praticien qu'une maladie légère ; 3° de la position du médecin dans la hiérarchie de la science et de la renommée, car des travaux recommandables, une réputation dignement acquise font supposer plus de capacité : or, le salaire doit être proportionné au talent de l'ouvrier.

Si le malade ne s'exécute pas conformément à ces principes, mieux vaut accepter ce qu'il offre que de marchander avec lui, comme s'il s'agissait d'un vil objet de commerce. Si ce qu'il propose est complètement indigne de lui et de vous, ou bien si après un certain temps il ne songe

[1] « *Medicus enim philosophus Deo æqualis habetur.* »
Hippocrate.

« *Homines ad deos nulla se propius accedunt quam salutem hominibus dando.* »
Cicéron.

point à s'acquitter, vous êtes autorisé à réclamer avec des formes convenables. En cas d'insuccès, vous aurez à voir si c'est impuissance ou mauvais vouloir de la part du débiteur : dans le premier cas, vous attendrez patiemment des temps meilleurs; dans le second, personne n'aurait droit de vous blâmer de recourir aux tribunaux. Heureux pourtant si vous êtes d'humeur ou en position de vous abstenir de ce moyen extrême qui porte toujours atteinte à la pureté du caractère tout philanthropique du médecin. Acceptez de bonne grâce le denier du pauvre, si vos refus devaient l'humilier.

On raconte que le médecin Dumoulin recevait d'une main le petit écu de l'indigent et de l'autre déposait six francs sur son grabat pour fournir aux frais de la maladie. On gagne parfois beaucoup en refusant de gagner : je ne sais plus quel célèbre médecin avait inscrit au seuil d'un cabinet rempli d'objets précieux : « *Lucri neglecti lucrum.* »

Nous n'avons besoin de dire combien il serait indécent d'imposer préliminairement des conditions au malade; il n'y a que les charlatans avérés qui se rendent coupables d'un tel méfait. On n'a pas craint d'accuser quelques médecins de prolonger sciemment la durée de la maladie, dans le but de grossir leurs honoraires. Morton rapporte que des praticiens de son temps s'opposaient à l'introduction du quinquina dans le traitement des fièvres, sous prétexte que les bénéfices de la profession s'en trouveraient diminués (*et medicorum lucrum eripietur*); ce qui lui fournit le texte d'une éloquente imprécation contre une aussi coupable cupidité. Le fait est que si pareil crime pouvait être constaté, il relèverait directement de la Cour d'assises.

Mais il est des praticiens qui, sans se livrer à ces odieuses spéculations, se montrent pourtant, comme on dit, âpres à la curée. Il leur faut de l'or, et beaucoup. Cela s'observe notamment parmi les vieux médecins, ceux surtout qui jouissent d'une certaine renommée : « Quand j'étais jeune, dit « Guy-Patin, je rougissais de ce qu'on m'offrait de l'argent; aujourd'hui « je rougis quand on ne m'en présente pas. » Cette tendance est, comme chacun sait, plus familière à la chirurgie qu'à la médecine, et personne n'ignore que certains spécialistes élèvent sur ce point des prétentions scandaleuses. On ne saurait trop flétrir l'insatiable et barbare vénalité de ces hommes qui, après avoir rendu au malade la santé ou la vie, le lui font regretter en le réduisant à la misère. La profession serait plus honorée si ces actes d'avidité se produisaient moins fréquemment.

Il n'est pas interdit de profiter des occasions favorables pour s'assurer le juste prix de ses services. Fr. Hoffmann recommande expressément de recevoir ce que le malade vous offre pendant la maladie; car lorsque la guérison est achevée, il arrive souvent que le médecin est un objet désagréable et importun. Ce précepte a été traduit sous forme d'aphorisme latin par M. JA. Petit, je crois : « *Recipe dum dolet, nam sanus solvere nolet.* » Peu de malades, en effet, ont la mémoire du cœur et se croient encore vos débiteurs lorsqu'ils vous ont gratifié de quelques écus; il en est peu qui se disent : « *Hoc debeo quod solvo, et quod solvo adhuc debeo.* »

Les malades les plus reconnaissants ne sont pas les plus riches et les plus haut placés dans la société. Tout médecin a pu vérifier cette remarque. Le petit bourgeois, comme on dit, connaît le prix du temps et du travail; il sait que toute peine mérite salaire; il a pour son médecin une vénération

bien sentie, et parfois il arrive que celui-ci se voit consciencieusement obligé d'imposer des bornes à l'expression matérielle de sa gratitude; moins exigeant, plus docile, il est aussi plus généreux que le riche et le puissant, lesquels vous imposent un cérémonial fort gênant, vous font porter le poids de leur humeur inégale, sèment d'interminables difficultés les applications de la science, et finalement vous rétribuent souvent de manière à vous faire rougir pour eux-mêmes.

Beaucoup de gens comme il faut ne font du médecin leur ami que pour se dispenser de solder des honoraires; d'autres imaginent s'acquitter par quelques politesses ou par quelques menus cadeaux. D'autres, plus généreux, craignent de vous offrir de l'argent et vous font des présents de grand prix mais à peu près inutiles, si bien que, riche en bijoux, il pourrait vous arriver de ne pouvoir couvrir les dépenses de la maison.

La munificence des grands, ainsi qu'on les appelle, est souvent un acte d'ostentation ou de frayeur plutôt qu'une pure inspiration de la reconnaissance. On rap orte que Louis XI, ce monarque ombrageux qui tremblait sans cesse à l'idée de la mort et du poison, combla de trésors COYTIER, son médecin, dans l'espoir de vivre plus longtemps et de le soustraire à la tentation de servir ses ennemis.

En raison de cette inclination du public pour l'ingratitude, les praticiens calculateurs ont adopté certains axiomes justificatifs tels que ceux-ci : « Le peuple nous estime ce que nous nous estimons nous-mêmes;—Les hom- « mes n'attachent de prix qu'à ce qui leur coûte beaucoup. — Si tu veux « avoir le respect de tes semblables, mets un haut prix à tout ce que tu « fais, car le monde ne te saura aucun gré de ton désintéressement », etc. Rien de plus vrai que ces sentences; rien aussi de plus juste, surtout au point de vue des représailles; mais il est un noble sentiment de générosité qui commande au médecin de répudier toutes ces maximes et de se montrer désintéressé après avoir été humain, de peur de ternir, en quelque sorte, la pureté du bienfait.

La plupart des malades exigent que vous fixiez vos honoraires, d'autres se chargent de ce soin; dans l'un et l'autre cas, l'esprit d'ordre commande d'inscrire régulièrement les visites journalières, pour en savoir le nombre au besoin. Il en est quelques-uns qui préfèrent ce qu'on appelle un abonnement; c'est-à-dire la fixation d'une somme annuelle pour les soins donnés par le médecin. Si ce procédé lie plus étroitement le médecin au client, il a, selon nous, l'inconvénient d'être peu juste, en ce sens que le client ou le médecin pourra se trouver dupe au bout de l'an.

Pour éviter d'être victimes de la mesquinerie du public et aussi de cette concurrence au rabais souvent établie par les confrères au bénéfice des malades, il serait bon que tous les praticiens d'une localité convinssent d'un tarif approximatif auquel chacun prendrait l'engagement de se conformer. Cette innocente coalition, cette société d'assurance mutuelle existe déjà pour certaines professions, et notamment pour les pharmaciens de notre propre cité.

Quoi qu'il en soit, il conviendra toujours de s'en référer d'abord à la libéralité ou plutôt à l'équité des clients, et de recevoir d'un air digne et naturel, sans joie comme sans humeur, le produit quel qu'il soit de vos labeurs; et lorsque vous avez reçu le prix de vos œuvres, il convient encore de faire preuve de désintéressement en visitant le malade ou plutôt

le convalescent une fois de plus, à titre de sollicitude pure et simple.

Les honoraires dus aux médecins appelés en consultation ont dû être fixés à l'avance ou doivent l'être postérieurement par le médecin ordinaire qui est censé connaître les facultés pécuniaires du malade. Il est d'usage dans les grandes villes de rétribuer les consultants au moment où ils se retirent. Si cette habitude, qui n'a rien d'inconvenant, existait partout, les médecins éprouveraient moins de pertes par l'oubli, l'ingratitude ou l'improbité des clients. Il appartient au médecin ordinaire de veiller à ce que cette dette soit acquittée, sans qu'il en soit responsable, bien entendu.

Les consultations dans le cabinet sont ordinairement acquittées séance tenante, et l'expérience apprend aux médecins le peu de fonds qu'ils doivent faire sur les clients qui s'abstiennent en promettant de revenir. Aussi ne doivent-ils jamais, par une fausse délicatesse, refuser ce qui leur est offert : il est une foule de gens oublieux et d'autres qui ne se font pas scrupule de frustrer du fruit de ses labeurs celui qui ne dépense que son temps et son génie.

Il est convenu, de par un sentiment de légitime bienveillance, que les médecins ne se doivent point d'honoraires entre eux. Cette convention s'étend à la famille, mais elle cesse ordinairement à l'égard des collatéraux auxquels on laisse apprécier ce qu'ils ont à faire.

(La suite au prochain numéro.)

Le concours pour la chaire de médecine opératoire, vacante à la Faculté de médecine de Paris, touche bientôt à son terme. Les concurrents soutiennent en ce moment leur thèse, et il ne restera plus que l'épreuve pratique à subir. Voici l'énumération des questions que les candidats ont eu à traiter dans leur thèse, et l'ordre dans lequel ont eu lieu les argumentations : M. Lenoir, *des Opérations qui se pratiquent sur les muscles de l'œil.* — M. Robert, *des Amputations partielles et de la désarticulation du pied.*—M. Gosselin, *Traitement chirurgical des polypes des fosses nasales et du pharynx.*—M. Nélaton, *Parallèle des divers modes opératoires employés au traitement de la cataracte.* — M. Maisonneuve, *des Opérations applicables aux maladies de l'ovaire.* — M. Richet, *des Opérations applicables à l'ankylose.* — M. Jarjasay, *des Opérations applicables aux corps fibreux de la matrice.* — M. Malgaigne, *Parallèle des diverses espèces de taille.* — M. Sanson, *des Opérations applicables aux solutions de continuité anciennes ou récentes du canal intestinal.*—M. Chassaignac, *des Opérations applicables aux fractures compliquées.*

Le choléra n'a pas disparu partout en Europe. Dans le comté de Durham, en Angleterre, dans plusieurs villages au voisinage des mines de charbon de terre, il fait d'assez nombreuses victimes; mais c'est surtout à Tunis, dans les Etats barbaresques, qu'il a éclaté avec une grande intensité. Du 14 au 18 janvier il est mort de 20 à 25 personnes par jour; le plus grand nombre des victimes appartient à la population israélite de la ville.

Le typhus fait en ce moment des ravages à Vienne (Autriche).

A Antigue, à la Jamaïque, à Charleston surtout, la fièvre jaune a sévi avec une intensité qu'on ne lui avait pas vue depuis plusieurs années.

L'Angleterre a perdu récemment trois médecins recommandables : sir David Dickson, médecin de l'hôpital de la marine et de la flotte, mort à l'âge de 69 ans ; le docteur Kidd, inspecteur des hôpitaux militaires, et le docteur Clanny, médecin du feu duc de Sussex.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

REMARQUES PRATIQUES SUR LA CHLOROSE ET SON TRAITEMENT.

Il est peu d'affections sur lesquelles aient été émises autant d'idées contradictoires que sur la chlorose. Malgré les progrès de l'observation moderne, malgré l'application d'instruments tout nouveaux à l'étude des phénomènes complexes de cette maladie, on ne voit pas que la théorie en soit plus avancée. Mais si cette observation perfectionnée, plus rigoureuse, n'a guère servi à avancer la solution des questions que soulèvent l'étiologie et la nature de l'affection chlorotique, elle a au moins produit ce résultat, que la chlorose est une maladie parfaitement définie, qu'on ne confond plus avec des maladies qui en prennent parfois le masque, et qu'elle a une place tout à fait distincte dans tout cadre nosologique bien fait. Quand nous parlons de la distinction de la chlorose au point de vue nosologique, nous n'entendons point parler uniquement de la physionomie nettement caractérisée de cette affection, nous entendons parler aussi d'un caractère plus spécifique, celui en vertu duquel elle est exclusivement propre aux femmes. « Par un excès de logique, dit M. Tardieu, on est allé jusqu'à admettre la chlorose chez l'homme. Pour peu qu'on veuille rester fidèle aux vrais principes de la méthode médicale, qui doit dominer toute nosologie, il faut se raidir contre une pareille tendance. » Ce n'est, en effet, que par une confusion essentiellement nuisible aux progrès réels de la science qu'on a pu admettre le développement de cette maladie chez l'homme. On a évidemment, dans ces cas, confondu la chlorose avec l'anhémie, suite d'hémorrhagie, ou résultant d'une alimentation insuffisante, aussi bien qu'avec la cachexie paludéenne, ou diverses cachexies symptomatiques de lésions organiques profondes méconnues. Nous ne partageons point, au sujet de la nature de la chlorose, l'opinion de Cabanis, qui faisait résulter cette maladie d'une asthénie des organes génitaux; non plus que celle d'un bon nombre d'auteurs modernes, qui en placent le point de départ dans l'aménorrhée ; ce sont là de pures hypothèses qui ont devancé l'observation, et auxquelles l'observation a donné un éclatant démenti. On a observé, Pierre Frank par exemple, et ce nom-là nous dispensera d'en citer d'autres, des cas de chlorose dans lesquels la marche des accidents dénonçait un tout autre état des organes génitaux, que celui que Cabanis supposait : on a vu, d'un autre côté, des femmes parfaitement réglées présenter tous les symptômes d'une chlorose nettement caracté-

risée. Mais de ce que les faits, sévèrement observés, sont contraires à cette double hypothèse, s'ensuit-il que cette maladie ne soit pas le privilége exclusif des femmes? Non certainement. Pour que l'affirmation soit légitime, en ce qui touche à cette partie de l'étiologie de l'affection chlorotique, il n'est pas nécessaire que la théorie en soit complétement faite. L'observation simple suffit à cette tâche, et cette observation, quand elle est rigoureuse, démontre évidemment que les conditions de vie et d'organisation, qui sont propres à la femme, sont nécessaires pour que la chlorose apparaisse avec sa physionomie complète, et la succession logique, si nous pouvons ainsi dire, des phénomènes qui la constituent. Les quelques auteurs modernes qui soutiennent cette vieille thèse de Bonnet, de Sauvages, que le sexe masculin ne met point à l'abri de la chlorose, ne manquent jamais de citer le fameux exemple de ce général qui, au dire de M. le professeur Fouquier, présenta tous les symptômes de la chlorose, après des chagrins profonds et des tracasseries sans nombre, et qui guérit sous l'influence des ferrugineux administrés à doses élevées. Il nous répugnerait certainement de contester la justesse du diagnostic d'un homme aussi habile que le professeur de clinique de la Charité ; il nous est impossible cependant de ne pas faire nos réserves sur ce cas fameux, qui semble se multiplier par une tradition sans critique. Qui n'a vu des accidents semblables à ceux qu'a présentés le général en question, surgir sous l'influence des mêmes causes? Qui n'a vu, à la suite de cette perturbation morale, se produire une sorte d'anémie par privation d'une alimentation suffisante? Qui n'a vu enfin cette anémie être dans quelques cas heureusement combattue par les ferrugineux? Les ferrugineux jouissent, il est vrai, d'une efficacité merveilleuse dans la chlorose; mais celle-ci n'est pas la seule maladie où on les voie développer cette vertu. Ils agissent de même en face de toute débilité radicale, quand, pour atteindre le sang et en reconstituer la crase altérée, ils ne sont point obligés de traverser, ou de rencontrer sur leur chemin des organes dont l'état morbide répugne à l'action des toniques, surtout des toniques métalliques.

D'après l'ensemble des circonstances, au milieu desquelles on voit survenir le plus ordinairement la chlorose ; d'après l'observation sévère des faits qui démontrent qu'elle ne se rencontre, avec tous les caractères qui la constituent, que dans certaines conditions d'organisation, il faut donc admettre que cette maladie est exclusivement propre aux femmes. Ce n'est pas seulement la nosologie qui commande cette distinction; elle repose également sur les faits longuement, philosophiquement interprétés.

Nous avons parlé plus haut d'une théorie, d'après laquelle on rat-

tache cette affection à une perversion de l'hématose, survenue à la suite d'une suppression du flux menstruel. Il faut convenir que, de toutes les théories qui ont été tour à tour proposées pour rendre compte du développement de l'affection chlorotique, celle-ci est, sans contredit, la plus spécieuse. En effet, pour peu qu'on ait d'expérience en cette matière, on a vu une foule de jeunes filles chez lesquelles le développement de la chlorose a succédé, plus ou moins rapidement, à la suppression accidentelle de la menstruation. Tous les auteurs qui ont traité spécialement de cette maladie ont rapporté une foule de faits de ce genre. Aussi tous, depuis les plus anciens jusqu'à MM. les docteurs Brière et Dusourd qui ont, ce dernier surtout, étudié sérieusement cette maladie, ont été frappés de cette coïncidence, et l'ont mise en relief dans des observations nombreuses. Mais quand on ne s'arrête point à cette observation superficielle, et qu'on embrasse les faits dans leur ensemble, on arrive bientôt à reconnaître que ce rapport n'est que de pure apparence ; que, souvent, la maladie preexiste à l'accident qui semble l'avoir provoquée, et que dans les cas où la suppression du flux menstruel semble le plus clairement avoir été le début du mal, elle n'est, elle aussi, que l'un des effets multiples de la perturbation inconnue qui constitue fondamentalement la nature de l'affection chlorotique. Seulement cet accident se remarque tout d'abord, parce qu'il se produit instantanément, tandis que les autres phénomènes ne se développent que progressivement, enrayés qu'ils sont dans leur évolution par la lutte des forces conservatrices inhérentes à tout organisme vivant. Si, en effet, on rencontre un grand nombre de cas où l'aménorrhée et la chlorose semblent se suivre, s'enchaîner, se commander ; ils sont également loin d'être rares, les cas où cette apparence même n'existe pas. Comment les choses se passent-elles alors ? Elles se passent de la manière suivante. Les malades continuent d'avoir leurs règles, quelquefois même celles-ci sont plus abondantes que de coutume ; mais, malgré cette persistance de la fonction périodique de la matrice, les phénomènes de la chlorose, tant ceux qui se développent du côté de la peau, que ceux qui se manifestent du côté de la respiration, de la circulation générale, de la digestion, etc., ces phénomènes multiples, disons-nous, ne s'en produisent pas moins dans leur ordre accoutumé. A une certaine période de la maladie, presque constamment le flux menstruel vient à se supprimer ; mais il est évident que, dans ces cas, c'est là un effet du mal, et qu'on ne saurait y voir son point de départ ou sa cause.

Si nous avons mis quelque insistance à combattre la théorie suivant laquelle la chlorose est considérée comme l'effet de la suppression du

flux menstruel, ce n'est pas que nous ayons à proposer une doctrine qui rende mieux compte des faits ; c'est tout simplement que cette théorie tend à fausser la thérapeutique dans ses applications. Nous ne balançons point à affirmer que le médecin qui prendrait pour base de la pratique cette théorie erronée, se priverait d'une thérapeutique puissante dans une foule de cas qui échappent complétement à l'explication de celle-ci, et qui n'en réclament pas moins impérieusement la médication spéciale que l'expérience a démontrée si efficace dans le traitement de l'affection chlorotique. Nous avons observé, ainsi que beaucoup d'autres, un grand nombre de cas où la maladie se montre aussi indépendante de la fonction périodique de l'utérus ; mais, grâce à l'avantage que nous avons sur plusieurs, de donner nos soins, comme médecin, à un pensionnat de jeunes personnes, nous avons pu faire cette observation sur une échelle plus large peut-être, mais surtout dans des circonstances plus frappantes.

Dans la série d'observations dont nous parlons, nous n'avons jamais vu la chlorose parvenir à un état de gravité où la vie soit véritablement en péril : ce n'est même que par exception que nous avons observé des cas où la maladie était arrivée à ce degré, que le flux menstruel fût supprimé. Une des raisons de la bénignité relative de l'affection chlorotique dans les circonstances dont nous parlons, c'est sans doute les soins attentifs dont les jeunes filles sont entourées; mais nous pensons, en même temps, que cet heureux résultat doit être aussi attribué à la surveillance extrême que nous exerçons sur le développement des premiers phénomènes de la maladie, et auxquels nous opposons immédiatement les préparations ferrugineuses. Quand on a étudié avec quelque attention cette affection, qu'on s'est surtout efforcé de bien saisir la teinte spéciale, caractéristique, qu'elle imprime à la peau de la face, on arrive à reconnaître la maladie alors qu'elle ne fait que naître. Nous n'oserions risquer de tracer le tableau de ces caractères, qui sont beaucoup plus faciles à saisir, qu'à rendre par l'expression : ce tableau est partout, d'ailleurs, et il a été tracé par des maîtres beaucoup plus habiles que nous; qu'on nous permette cependant d'en esquisser quelques lignes, celles qui nous guident le plus sûrement dans ce diagnostic de la maladie, à sa première atteinte. C'est dans le sillon qui sépare le nez de la joue, contourne les angles de la bouche, et vient, dans le sourire, se perdre entre le relief de la lèvre inférieure et la saillie du menton, qu'il faut chercher la teinte caractéristique de la chlorose à son origine. Cette teinte n'est point encore ce blanc jaunâtre qui signale la maladie à un âge plus avancé; elle a quelque chose de diaphane qui contraste avec la teinte du reste de la face. Ce

contraste est d'autant plus saillant, que les joues sont encore colorées naturellement; que si cette coloration naturelle manque, elle peut être provoquée artificiellement, soit par des frictions, soit en provoquant quelque émotion morale : alors la teinte caractéristique se prononce nettement, et ôte toute indécision au diagnostic. Ce n'est point pour faire éclater sa sagacité, que le médecin doit, en pareil cas, s'efforcer de saisir la maladie alors qu'elle échappe à des yeux moins clairvoyants, aux malades elles-mêmes, mais c'est qu'il n'est peut-être pas d'affection où l'art développe plus de puissance, quand il l'attaque tout à fait à son début. Lorsqu'on a laissé une affection chlorotique se développer lentement et en toute liberté, c'est souvent pendant des mois entiers qu'il en faut poursuivre le traitement, pour en obtenir la guérison durable; lors, au contraire, que le mal est attaqué à son début, et alors que le sang, ce facteur de toute vie, si profondément altéré, n'a point détraqué toutes les fonctions, quelques jours de l'usage méthodique des ferrugineux suffisent pour rappeler l'hématose à son état normal, et dissiper cette teinte morbide qui, comme un léger nuage, obscurcissait l'éclat de la figure.

A propos de l'influence si décisive des ferrugineux en pareille circonstance, qu'il nous soit encore permis de faire une remarque, qui pourra, dans quelques cas, trouver son application. Le pensionnat dont nous parlions tout à l'heure est dirigé par des religieuses qui pratiquent le jeûne et l'abstinence toutes les fois que l'un et l'autre ne sont point un obstacle à l'accomplissement de leurs devoirs. Deux jeunes sœurs, chez lesquelles j'avais enrayé l'affection chlorotique en suivant la méthode indiquée plus haut, voulurent, malgré le danger auquel elles s'exposaient, pratiquer le jeûne et l'abstinence, d'une façon intermittente au moins, pendant un carême ; la chlorose reparut : combattue par les ferrugineux, elle céda rapidement. Les années suivantes, je conseillai à ces sœurs, si elles voulaient faire leur carême, de déjeuner avec du fer; elles le firent, et grâce à ce moyen, elles purent faire leur carême impunément pour leur santé. Je suis convaincu, d'après cette expérience, que cette méthode peut contrebalancer efficacement, dans beaucoup de cas semblables, l'influence débilitante soit de l'abstention complète, soit d'un régime exclusivement végétal.

Nous ne poursuivrons pas plus loin ces remarques, et rentrerons immédiatement dans un ordre de faits moins exceptionnels que ceux dont nous venons de parler. Bien que nous ne nous soyons pas proposé spécialement, dans cette notice, de combattre la théorie qui fait dépendre la chlorose de la suppression fortuite du flux menstruel, nous n'avons pu cependant nous empêcher d'aborder cette question; c'est que les faits

conduisent inévitablement à cette théorie, soit pour la combattre, soit pour l'appuyer, suivant la sévérité de la logique avec laquelle on aborde l'étude de ces faits. Ceux dont il nous reste à parler auront encore le même sens; la conclusion qu'on devra en tirer, sous ce rapport, sera trop évidente pour que nous nous en occupions; nous ne considérerons donc ces faits qu'au point de vue exclusif de la pratique.

Bien que l'âge de la puberté soit, des diverses périodes de la vie, celle où la chlorose se montre incomparablement le plus fréquente, les autres âges n'en sont certainement pas complétement exempts. Pour nous, nous n'avons point eu occasion d'observer cette affection après la ménopause : d'autres paraissent l'avoir fait; mais nous l'avons observée à la période opposée de la vie, et c'est des résultats de cette observation qu'il nous reste à parler.

Quelques auteurs ont nié formellement, ou ont passé sous silence les faits de cet ordre, dans l'histoire qu'ils ont tracée de la chlorose. Négation explicite, ou implicite, c'est tout un dans ce cas, c'est de l'observation incomplète. La chlorose est une maladie essentiellement propre à la femme, et elle peut l'atteindre avant le développement de la puberté. Comme c'est là une question controversée, c'est aux faits qu'il faut s'adresser pour la résoudre, c'est aussi l'unique mode d'argumentation auquel nous nous proposons de recourir. M. Blaud a rapporté quelques observations qui tendent à établir positivement la proposition dont il s'agit : M. Dusourd, dont nous parlions il n'y a qu'un instant, et qui a étudié, en bon praticien, cette maladie, en a également cité : voici un de ces faits, dont nous empruntons l'esquisse rapide à ce médecin : « Mlle S..., grande, forte, bien constituée, et d'un beau tempérament sanguin, était chlorotique à neuf ans. Tous les accidents cessèrent par l'usage du sirop de protoxyde de fer, et reparurent constamment tous les trois ou quatre mois après qu'elle avait cessé d'en prendre. Elle le reprit chaque fois, et jusqu'à quinze ans. Depuis, elle est devenue grande, forte, fraîche, avec les seins bien développés. La santé s'est soutenue, et les règles n'ont paru qu'à dix-sept ans. Cette personne, mariée depuis quatre ans, est mère de trois enfants très-forts.

Dans une seconde observation, le même auteur rapporte un cas analogue à celui-ci : la chlorose apparaît encore avant le développement de la puberté, mais exerce une influence plus désastreuse sur la constitution, et paraît avoir amené une déviation de la colonne vertébrale. On désirerait que M. le docteur Dusourd eût rapporté ces deux faits avec plus de détails; on n'a guère, en effet, que l'affirmation de l'auteur pour s'édifier sur la nature des maladies dont il parle : mais nous nous em-

presserons d'ajouter que l'auteur a fait preuve, dans son mémoire, d'une si grande habitude d'apprécier l'affection chlorotique, que nous n'hésitons pas, pour nous, à accepter son diagnostic tel qu'il l'a formulé. Toutefois, pour faire disparaître de l'esprit l'incertitude que ces détails incomplets de l'observation pourraient y laisser, nous allons rapporter un peu moins succinctement deux faits du même ordre que nous avons nous-même observés, et où il nous paraît impossible de ne pas reconnaître l'affection chlorotique : voici ces faits.

N. Tomy, âgée de douze ans, d'une bonne constitution, et parfaitement soignée par une mère qui, elle-même, a toujours joui d'une santé excellente, commença à pâlir au commencement de l'hiver de 1849 : rien dans les habitudes de l'enfant, rien dans son régime, rien dans ses diverses fonctions attentivement examinées, ne rendait compte de cette pâleur, qui allait toujours croissant. Les parents commençant à s'inquiéter, bien que la petite fille elle-même s'aperçût à peine du changement survenu dans sa santé, me consultèrent. Tous les organes, toutes les fonctions attentivement interrogées ne me donnèrent que des résultats complétement négatifs. L'appétit seul était diminué, l'estomac avait quelques caprices gastralgiques. L'embonpoint restait le même, mais la peau, les muqueuses visibles étaient notablement décolorées : la peau de la face surtout avait ce ton mat fixe, qui est le cachet propre de la chlorose à son début. Le cœur battait vite, mais aucun souffle, aucun bruit anormal ne se mêlait à ses battements ; les gros vaisseaux n'ont point été explorés. L'enfant se plaignait d'un peu de faiblesse, et surtout d'un essoufflement marqué, avec tumulte au cœur, dès qu'elle accélérait un peu la marche, ou montait les escaliers. En présence de cet ensemble de symptômes, je n'hésitai point à diagnostiquer une chlorose commençante, et conseillai les ferrugineux, que devait seconder dans leur action sur l'hématose une nourriture plus substantielle qu'à l'ordinaire. C'est à la limaille de fer, en poudre très-fine, que j'eus recours : la dose en fut de 60 centigrammes par jour, en trois paquets ; chaque paquet fut pris quelque temps avant le repas. L'effet de cette médication ne tarda pas à se produire. Le teint s'éclaircit, l'appétit devint plus franc ; enfin, au bout de douze ou quinze jours de l'emploi de cette médication, l'enfant avait repris son teint normal, l'appétit était revenu, la tendance à l'oppression avait cessé. Depuis cette époque, la santé n'a point fléchi.

Si quelqu'un voulait contester la justesse du diagnostic que nous avons porté dans cette circonstance, nous lui demanderions de nous dire ce que c'est que cette affection, si ce n'est point l'affection chlorotique. Point de maladie antécédente qui ait épuisé l'organisme, point

d'habitude mauvaise qui ait pu amener ce résultat, point de privation alimentaire enfin, qui ait ôté au sang ses moyens normaux de régénération. Aimera-t-on mieux voir là ce que quelques auteurs ont appelé une asthénie essentielle, et que nous avons cru nous-même, peut-être à tort, avoir observée dans quelques cas ? Nous ne voyons pas qu'ici surtout cette thèse peu controversable pût être soutenue avec avantage. Il s'agit d'une petite fille, c'est-à-dire d'un organisme, de conditions de vie, dans lesquels la chlorose n'a que trop de tendance à se manifester : l'ensemble des phénomènes observés appartient essentiellement à cette maladie ; le fer obtient un succès rapide et durable ; c'est donc à une chlorose que nous avons eu affaire ; toute observation à ce sujet n'aboutirait, ce nous semble, qu'à de vaines subtilités scolastiques. Il en est de même du cas suivant :

Esther Legros, âgée de huit ans, née d'une mère un peu délicate, et qui peut-être a été elle-même chlorotique, a joui, jusques il y a six mois, d'une santé excellente, à peine traversée par quelques accidents éphémères. Cette enfant aime excessivement la lecture, et quand quelque livre un peu intéressant lui tombe sous la main, elle ne le quitte point qu'elle ne l'ait dévoré : elle est d'ailleurs bien nourrie et attentivement surveillée. Au commencement de l'automne dernier les parents de cette enfant remarquèrent que, sans maladie proprement dite, elle pâlissait, dépérissait. Ils ne crurent pas devoir consulter un médecin tout d'abord, et je soupçonne que, l'esprit faussé par les idées absurdes que M. Raspail a répandues dans les masses sur l'influence panacée du camphre, ils en ont fait prendre en plus ou moins grande quantité à cette malheureuse enfant. Ce soupçon me paraît d'autant plus fondé, que le choléra venait à peine de disparaître en France quand l'enfant tomba malade, et cette épidémie terrible avait été l'occasion d'une sorte de recrudescence dans la camphromanie. Quoi qu'il en soit de ce soupçon, je fus prié de voir la malade, que je trouvai dans l'état suivant : la peau est d'une pâleur universelle effrayante : à la face surtout, qui naguère était vivement colorée, elle est d'un blanc verdâtre ; les yeux sont éteints ; les muqueuses participent de cette atonie de l'appareil tégumentaire externe ; le pouls est petit, vite ; la peau n'a cependant point de chaleur ; point de souffle au cœur ; oppression vive dès que l'enfant se remue ; tendance fréquente à la lypothymie ; l'appétit n'est pas complétement éteint, mais la malade ne peut rien prendre qu'elle ne le rejette à l'instant même ; c'est surtout après ces efforts d'évacuation, qu'une sorte de pâleur cadavérique s'étend comme un voile sur la face. Je cherche en vain à rattacher ces phénomènes à quelque traumatisme interne, je n'en trouve point. Je m'arrête à l'idée de chlo-

rose, et prescris les ferrugineux suivant la méthode que j'ai indiquée dans le cas précédent. Quelques jours suffisent pour apprécier l'influence de cette médication. Les vomissements cessent rapidement ; l'alimentation devient possible, et en huit ou dix jours l'enfant a repris son train habituel de santé. Je fais continuer le fer à doses moindres : il devient inutile enfin, et la malade ne s'est jamais mieux portée que depuis cette époque.

Deux causes ont pu concourir à développer les accidents que nous a présentés l'observation de l'enfant dont il vient d'être question. L'abus du camphre d'abord, mais qui n'est que soupçonné, et des habitudes sédentaires à un âge où la vie ne se développe et ne prospère que par le mouvement. Cette influence, toute puissante qu'elle soit, n'a joué dans la maladie de cette petite fille que le rôle d'une cause occasionnelle ; la preuve de cela, c'est que souvent on voit agir dans de semblables conditions cette même influence, et ce n'est point par de tels accidents que son action perturbatrice sur l'organisme se démontre. On voit bien, sous l'influence de cette cause, la vie s'alanguir, les fonctions se détraquer, le développement normal de l'enfant s'enrayer ; mais ces phénomènes ne sont point la chlorose, et évidemment c'est cette maladie que nous avons eue sous les yeux dans l'observation qui précède. Dans tous les cas, nous ferons remarquer encore ici l'action décisive de la médication ferrugineuse, non-seulement pour refaire la base du sang, mais aussi pour faire cesser dans le ventricule gastrique cette susceptibilité anormale qui le faisait s'insurger contre tout stimulus réparateur.

Telles sont les remarques que nous avons cru devoir faire sur l'une des maladies du cadre nosologique qui ont le privilége de fixer le plus fortement l'attention des esprits méditatifs ; en touchant à cette intéressante question, nous n'avons pas oublié, toutefois, que c'est surtout à des praticiens que nous nous adressions. C'est pourquoi nous nous sommes surtout renfermé dans le cercle des applications cliniques, en poursuivant celles-ci jusqu'à leur dernier terme, la thérapeutique.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR LES SEMENCES DU PHELLANDRIUM AQUATICUM.

Par M. Valleix, médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite.

(Suite et fin (1).)

Il ne me reste plus à parler que du mouvement fébrile, avec exacerbation le soir, qui, suivant les auteurs que nous avons cités, dispa-

(1) Voir la livraison du 15 février, page 106.

raît sous l'influence du phellandrium. Deux malades, qui nous présentaient ces redoublements, étaient propres à nous faire observer les effets du médicament sous ce rapport. Je dois dire qu'ils ont été nuls. Je vais rapporter un de ces cas, qui est également instructif sous d'autres points de vue.

Obs. II. *Phthisie pulmonaire : Tubercules ramollis au sommet du poumon droit ; tubercules crus au sommet du poumon gauche. — Traitement par les semences de phellandrium aquaticum.* — Le 24 novembre 1848, est entré à l'hôpital Sainte-Marguerite, salle Saint-Charles, n° 2, le nommé Leblanc (Hippolyte), âgé de quarante-quatre ans, chaussonnier, demeurant rue de Charonne, né à Bayeux, veuf depuis cinq ans.

Ses cheveux châtains sont rares, sa face est pâle, ses membres amaigris. Il dit avoir joui d'une bonne santé pendant son enfance. A l'âge de douze ans, il entra comme joueur de flûte dans un régiment. A vingt-trois ans, il fut réformé pour faiblesse de constitution et pour un varicocèle. Depuis cette époque, il a été musicien dans les bals; mais, il y a deux ans, le mauvais état de sa santé l'a forcé de renoncer à cette profession, qui l'obligeait souvent à passer trois ou quatre nuits sans sommeil dans l'espace d'une semaine. Depuis l'époque où il a été réformé, c'est-à-dire depuis une vingtaine d'années, il a toujours été sujet à tousser; il contractait très-facilement des rhumes pendant l'hiver, et même pendant l'été, et, dans ces dernières années, il avait, à l'entrée de chaque hiver, un rhume qui lui durait pendant toute cette saison.

Il y a vingt-neuf ans, il fut atteint à Versailles, dans le mois d'août 1819, d'une fièvre intermittente dont le type varia pendant le cours de la maladie, qui dura vingt-sept mois et qui, après avoir résisté aux préparations de quinquina, disparut spontanément, laissant toutefois au malade des frissons passagers, qui se renouvelèrent de temps en temps. C'est là la seule maladie qu'il dit avoir éprouvée avant l'époque où il fut réformé.

Dans le mois d'octobre 1835 ou 1836, en sortant d'un bal, il éprouva un refroidissement, et, à la suite, une vive douleur dans le côté gauche, avec de la fièvre, de la toux et des crachats sanglants. L'année suivante, à peu près à la même époque, le malade dit avoir contracté une seconde fluxion de poitrine du même côté. Depuis lors, il assure en avoir eu cinq, dont trois furent soignées chez lui, une à l'hôpital Saint-Antoine, et l'autre à Bon-Secours. Cette dernière a eu lieu le 5 juin 1848. Chaque fois, le malade dit avoir rendu des crachats sanguinolents, et n'avoir jamais eu d'autre hémoptysie. Après un séjour d'un mois, il quitta l'hôpital Bon-Secours; mais il lui restait encore de la toux, qui a persisté.

Depuis deux mois, elle a beaucoup augmenté, s'accompagnant d'un peu de fièvre le soir, et d'un amaigrissement graduel. Les forces ont beaucoup diminué; le sommeil est devenu plus rare; de temps en temps, il y a des sueurs nocturnes. — La langue est humide, légèrement blanchâtre, l'appétit est faible; la soif modérée. Il n'y a ni nausées, ni vomissements, les digestions sont bonnes; le ventre est souple, naturel. Le malade n'est pas sujet au dévoiement. Il n'a pas eu de selles depuis deux jours.

L'examen de la poitrine donne les résultats suivants :

Le thorax est régulièrement conformé; mais il est étroit, et les scapulums sont détachés des côtés.

A la partie postérieure du sommet du poumon droit, l'inspiration est soufflante. l'expiration prolongée, comme caverneuse. Pendant la toux, on entend des craquements humides très-nombreux.

A gauche, l'inspiration et l'expiration offrent les mêmes caractères, mais il n'y a pas de craquements distincts.

A la percussion, il y a de la matité dans les deux fosses sus-épineuses, et surtout du côté droit.

A la partie antérieure, le son est aussi un peu moins clair dans la région sous-claviculaire droite que du côté opposé. Des deux côtés, la respiration est rude, sans craquements; l'expiration très-soufflante à droite. Les vibrations de la poitrine sont plus fortes de ce côté. Dans le reste de l'étendue des poumons, la respiration est normale, sauf un peu d'exagération.

La toux est fréquente le soir; l'expectoration, peu abondante, donne des crachats verdâtres, lacérés sur leur pourtour, lourds et adhérents au vase. Quelques-uns sont moins épais et moins colorés.

Les bruits du cœur sont normaux; il n'y a aucun trouble dans les fonctions circulatoires ni sécrétoires.

Le 25 novembre. On prescrit : pectorale sucrée. — Julep diacodé. — Un lavement émollient. — Une portion.

Le 26. Comme les jours précédents, le sommeil a été pénible; le malade est souvent réveillé en sursaut par des rêves effrayants. L'expectoration est peu abondante et offre les mêmes caractères. Le soir, la peau est chaude, la soif vive, le pouls plus fréquent, la toux plus fatigante. (Même traitement que la veille.)

Le 27. Le sommeil n'a pas été meilleur. Le malade se plaint d'un sentiment de brûlure au larynx. (Même traitem. — Deux portions. — Du lait.)

Le 28. Très-peu de sommeil; persistance du sentiment de brûlure au larynx; langue saburrale, bouche amère, inappétence. Quelques nausées; constipation. (Ipécacuanha, 1 gramme.— Julep diacodé le soir.—Bouillon.)

Le 29. L'insomnie continue; langue meilleure; sentiment d'appétit; il y a eu deux vomissements et une selle. Les phénomènes stéthoscopiques sont les mêmes que lors de l'entrée du malade.

Le 30, même état. On soumet le malade aux semences de phellandrium aquaticum (1 gramme).

Les 1er, 2 et 3 décembre. Persistance de l'insomnie; léger mouvement fébrile le soir. La toux et l'expectoration n'ont pas diminué. Le 3, on donne 2 grammes de poudre de phellandrium. Le malade est tout à fait dans le même état. Il n'y a amendement d'aucun des symptômes; le mouvement fébrile du soir continue; il a été suivi deux fois de sueurs; les forces continuent à diminuer peu à peu. L'auscultation et la percussion donnent exactement les symptômes notés lors de son entrée.

Le 9. Le malade se plaint d'un peu de démangeaison par tout le corps. L'inspection ne fait découvrir aucune éruption. On continue la phellandrie (2 grammes).

Les 10 et 11. Les démangeaisons sont devenues très-vives et insupportables pour le malade. Aucune éruption apparente. La fièvre est plus forte le soir; l'expectoration est la même; le malade se sent plus faible; il dort à peine, car les démangeaisons sont très-vives pendant la nuit.

Les signes stéthoscopiques sont les mêmes, si ce n'est qu'en arrière et

à droite on entend quelques craquements dans les grandes inspirations.

Le 12. On supprime le phellandrium. — On prescrit un julep gommeux.

Le 13. Même état. Persistance des démangeaisons.

Le 14. Il en est de même. On prescrit un bain.

Le 15. Les démangeaisons ont diminué; le malade a un peu mieux dormi. Il éprouve un peu d'appétit. — Un deuxième bain.

Le 16. Le malade ne se plaint plus des démangeaisons. Il a encore eu du mouvement fébrile le soir et un peu de sueur la nuit. L'expectoration et la toux n'ont pas changé. Il mange deux portions.

Le 17. Même état.

Le 18. Le malade, découragé, veut quitter l'hôpital. Aucun des symptômes ne s'est amendé, et il dit qu'il se sent au moins aussi faible que lors de son entrée. Le mouvement fébrile du soir est plus constant qu'alors.

L'auscultation et la percussion donnent absolument les mêmes signes que le 11 décembre.

Réflexions. Le mouvement fébrile, comme on le voit, est devenu plus constant qu'il n'était à l'entrée du malade ; il a été suivi de sueurs pendant l'administration du phellandrium, et les effets de ce médicament ont été évidemment nuls sous ce rapport.

Remarquons aussi que la faiblesse a toujours continué à faire des progrès, et qu'aucun amendement n'est survenu du côté de la toux, de l'expectoration, des râles pectoraux, jusqu'au moment où le malade découragé a quitté l'hôpital.

Le seul soulagement réel qu'il ait éprouvé est celui que lui a procuré le bain, qui a calmé les démangeaisons et lui a rendu un peu de sommeil, que ne pouvait lui donner le phellandrium. Nouveau fait en faveur de la médecine du symptôme ; médecine purement palliative, il est vrai, mais sans laquelle les souffrances des phthisiques seraient bien souvent intolérables.

Maintenant, que faut-il conclure de ces faits? Faut-il dire que le phellandrium est un médicament sans aucune valeur dans la phthisie pulmonaire? Cela est loin de ma pensée. Je ne veux nullement nier les résultats cités par notre honorable confrère M. Sandras. Seulement, je crois qu'en présence des faits, complétement négatifs, que je viens de faire connaître, on ne peut douter qu'il n'y ait quelque cause cachée qui a fait ainsi varier les résultats. Cette cause, il faut la chercher, et, pour cela, il n'y a qu'un seul moyen, c'est de porter la lumière de l'analyse dans toutes les observations recueillies sur des phthisiques traités par le phellandrium. Cette tâche, c'est aux médecins qui croient aux vertus du phellandrium à la remplir. Quant à moi, je serai très-heureux d'accueillir ce moyen, lorsque son efficacité me sera prouvée ; mais, jusque-là, j'engagerai les praticiens à lui préférer cette médecine des symptômes, dont l'utilité nous est tous les jours si clairement démontrée. VALLEIX.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

COUP D'OEIL SUR LES MALADIES DE L'UTÉRUS, A PROPOS DE LA DISCUSSION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE : TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES (1).

Dans le traitement à instituer contre les déviations utérines, il est une circonstance bonne à rappeler, et que nous avons signalée dans notre dernier article; c'est que chez beaucoup de femmes, les déviations et les inflexions utérines ne constituent pas une maladie grave, que beaucoup de femmes en sont atteintes sans s'en douter. M. le professeur Dubois a été plus loin : il a soutenu que, lorsque les déplacements ne sont pas exagérés, et lorsqu'ils sont exempts de toute complication phlegmasique, ils ne donnent pas lieu aux troubles fonctionnels locaux dont on les accuse. Sans aller aussi loin que l'honorable professeur, il faut cependant admettre que, lorsqu'une circonstance fortuite a fait reconnaître un déplacement ou une inflexion qui ne donnent lieu à aucun symptôme fâcheux, ou qui déterminent des symptômes très-peu prononcés, il n'y a pas lieu d'instituer un traitement véritable, et surtout d'employer quelques-uns de ces moyens héroïques, dans l'examen desquels nous allons entrer immédiatement.

Ceci posé, nous avons une distinction à établir entre le traitement des déplacements, des déviations proprement dites, et celui des inflexions, des incurvations utérines.

Trois espèces de déplacements, de déviations, peuvent requérir les secours de l'art : l'antéversion, la rétroversion, et aussi le prolapsus ou la chute de l'utérus. La première question que le praticien ait à se poser est celle-ci : quelle est la cause du déplacement? En effet, le traitement ne peut pas être le même, dans le cas où l'utérus est le siége d'une congestion inflammatoire avec hypertrophie, dans les cas où le col est ulcéré, hypertrophié et induré, autrement dit, dans les engorgements inflammatoires du col ou du corps de l'utérus, que dans les cas où le déplacement résulte de la distension de la vulve et du vagin par de nombreux accouchements, de déchirures du périnée, ou de la présence d'une tumeur fibreuse dans les parois ou dans les cavités de l'utérus. M. Dubois a fait ressortir, avec grande raison, l'utilité de combattre les accidents phlegmasiques en premier lieu, et de n'arriver aux moyens contentifs que lorsqu'on a triomphé de la phlegmasie. Nous nous rallions pleinement à son opinion; mais ces moyens contentifs, quels sont-ils? quelle en est la valeur?

(1) Voir le numéro du 15 janvier 1850, pag. 18.

Après avoir écouté avec soin MM. les professeurs Velpeau et Dubois, il nous est resté la conviction que tous deux n'attachaient qu'une médiocre importance à ces moyens contentifs, et aux pessaires en particulier. M. Dubois s'est exprimé, à cet égard, d'une manière très-précise : « C'est au prolapsus seul, à la chute seule de l'utérus, a-t-il dit, que me semble réellement applicable la pénible ressource d'un moyen contentif efficace, et ce moyen c'est l'emploi d'un pessaire. Le pessaire dit en bilboquet, et fabriqué en ivoire, m'a toujours paru préférable à tous les autres ; mais je lui veux pour condition qu'il soit d'un volume tel qu'il puisse être retiré chaque soir et replacé chaque matin par la malade elle-même, et que la tige en soit adaptée à un support artificiel. » Dans l'antéversion et dans la rétroversion, les pessaires ne semblent à M. Dubois avoir aucune utilité spéciale. Dans la rétroversion, par exemple, c'est par l'intermédiaire de la paroi postérieure du vagin que le pessaire retient l'organe ; mais ce redressement, quelque loin qu'il soit poussé, ne peut jamais aller jusqu'à la réintégration complète de l'organe dans sa position naturelle; de sorte que, si des pessaires de diverses natures ont produit du soulagement dans des cas de ce genre, M. Dubois explique ce soulagement, non par le redressement, qui ne peut jamais être complet, mais bien par la fixité que le pessaire donne à l'organe, et parce qu'il le soustrait aux mouvements et aux frottements douloureux. Dans l'antéversion, M. Dubois repousse les pessaires, à plus forte raison ; car, dans ce genre de déplacement, il n'est plus possible d'exercer une pression contentive sur l'utérus déplacé, qu'en y soumettant aussi les parois de la vessie, qui la supporteraient difficilement. M. Dubois a donc été amené à recommander, avec M. Velpeau, contre les déviations de cette espèce, et pour atténuer les souffrances qu'elles produisent, une ceinture bien faite, par exemple celle de Hull, modifiée et perfectionnée, ou toute autre. « Cet appareil, a ajouté M. Dubois, a l'avantage très-réel de soustraire l'utérus dévié à la pression des organes mobiles qui le surmontent ; il ne corrige pas le déplacement, mais il s'oppose, selon toute apparence, à ce qu'il soit accru par le poids des viscères abdominaux pendant la marche ou la station. Au même titre, la ceinture de Hull perfectionnée me paraît très-utile dans les phlegmasies utérines, chroniques ou sub-aiguës, en soustrayant l'utérus malade à des pressions et à une mobilité douloureuses ; elle a particulièrement le précieux avantage de rendre souvent inoffensif l'exercice à pied, qui paraît exercer une influence si heureuse sur le résultat du traitement. »

Aussi M. Dubois proscrit les moyens contentifs dans les cas de ré-

troversion ou antéversion, non pas tant parce qu'ils ne peuvent redresser l'organe, que parce que ce redressement s'effectue par l'intermédiaire de parties molles qui ne pourraient supporter une pression un peu forte et un peu continuée. Mais comment M. Dubois n'a-t-il pas parlé de la possibilité du redressement et de la contention de l'organe par l'introduction d'une tige inflexible dans la cavité utérine? Cette idée avait été déjà mise à exécution par M. le professeur Velpeau, il y a quelques années. L'honorable chirurgien de la Charité avait reconnu que l'on peut sans danger introduire et maintenir dans la cavité utérine des tiges d'ébène ou d'ivoire terminées en olive ; mais il n'avait pas donné suite à cette idée, lorsque M. le professeur Simpson, d'Edimbourg, a fait, de l'introduction des instruments explorateurs et contentifs dans la cavité utérine, une méthode nouvelle, que nous allons faire connaître en détail, à propos des inflexions utérines. Cette méthode, on le comprend, est susceptible de s'appliquer aussi bien aux déviations proprement dites, qu'aux inflexions ; elle est même d'une application plus facile dans le premier cas que dans le second.

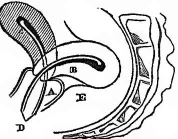
Si la discussion académique a conduit à quelque chose, en ce qui touche le traitement des déviations utérines, nous avons le regret de dire que, relativement aux inflexions, elle n'a conduit qu'à un résultat vraiment désespérant. « Les inflexions, a dit M. Dubois, constituent presque toujours des états pathologiques incurables; et, à mon avis, les ressources de la thérapeutique, à leur égard, sont impuissantes ou dangereuses. » Sans être aussi explicite, M. Velpeau a dit à peu près la même chose : il a parlé des tentatives qu'il a faites, pour obtenir ce redressement, de l'introduction des tiges dans l'utérus, de l'emploi d'un mandrin à anneau articulé, se redressant peu à peu dans la cavité utérine, de l'introduction de vessies pleines d'eau dans le rectum ; mais, en somme, il a paru que l'honorable chirurgien de la Charité n'avait pas eu trop à se louer de ces divers moyens. Nous sommes heureux de pouvoir atténuer l'effet fâcheux que ne manquerait pas de produire cette assertion de deux hommes aussi haut placés dans la science, relativement à l'incurabilité des inflexions utérines, en mettant sous les yeux de nos lecteurs la partie thérapeutique d'un mémoire de M. le professeur Simpson (d'Édimbourg), sur la rétroversion et la rétroflexion utérines. Mais d'abord établissons une distinction entre les divers accidents produits par les inflexions. Tantôt les accidents ne consistent qu'en des troubles de la menstruation, des douleurs dysménorrhéiques. Ces douleurs, on peut les faire disparaître, comme une expérience suffisante le démontre aujourd'hui, en dilatant le col utérin avec des éponges préparées, ou en introduisant des bougies dans son intérieur.

Tantôt, au contraire, les accidents tiennent au déplacement lui-même ; ils sont continuels, et c'est le déplacement qu'il faut attaquer.

Le moment est venu de dire quelques mots du cathétérisme utérin appliqué au diagnostic et au redressement des inflexions utérines, en attendant que nous puissions consacrer à l'étude de cette méthode tous les détails qu'elle comporte.

La sonde utérine dont se sert M. Simpson a la forme d'un cathéter mâle d'un petit volume, s'effilant par le bout et terminé par un renflement olivaire ; elle présente des divisions, destinées à mesurer la profondeur de la cavité utérine ; elle est pourvue d'un manche lisse à sa partie postérieure, ouvragé à sa partie antérieure, de manière à ce que l'opérateur puisse savoir à tout instant quelles sont la position et la direction de l'extrémité et de la concavité de l'instrument. Cette sonde peut être introduite facilement dans la cavité utérine, de manière à mesurer sa profondeur, à examiner avec soin le fond, le corps et le col, à reconnaître la présence des rétrécissements, les états morbides de la cavité ou des parois de l'organe. M. Simpson l'emploie habituellement depuis cinq ou six ans, et il n'a jamais vu son emploi suivi de la moindre irritation ou du moindre accident.

Dans le cas de rétroversion, la sonde utérine est un excellent moyen de diagnostic. En effet, lorsque l'utérus occupe sa position normale, et que son grand axe se trouve placé suivant une ligne parallèle à l'axe du bassin, l'extrémité de l'instrument se porte de haut en bas, et d'arrière en avant, dans la direction de l'ombilic, et la concavité de l'instrument ou le côté ouvragé du manche regarde la symphyse du pubis. Lorsque l'utérus est en rétroversion, la sonde ne peut plus pénétrer dans la direction que nous avons indiquée ; elle se porte horizontalement et en arrière, vers la concavité du sacrum. Sa concavité et le côté ouvragé du manche regardent alors le sacrum, au lieu de regarder le pubis. Pour compléter le diagnostic, il faut 1° s'assurer, par le toucher rectal ou vaginal, que l'extrémité de la sonde utérine est bien logée au centre de la tumeur qui a été reconnue ; autrement dit, qu'elle est constituée par le fond déplacé de l'utérus ; 2° redresser peu à peu la sonde, de manière à porter sa concavité vers le pubis, replacer ainsi l'utérus, et s'assurer, à travers les parois abdominales, de son replacement ; 3° enfin, par des déplace-



ments alternatifs en avant et en arrière, bien s'assurer que la tumeur n'est formée que par l'utérus.

Le traitement de la rétroversion et de la rétroflexion de l'utérus varie, suivant que le déplacement est récent ou ancien, suivant les causes qui l'ont produit..., etc. S'il est récent, s'il est survenu après quelque effort, à la suite d'un accouchement, d'une congestion ou d'une inflammation de l'utérus, il suffit de replacer l'organe avec le doigt, ou avec la sonde utérine, et de faire garder la position horizontale, surtout le décubitus latéral ou en avant. Dans les cas d'inflammation et de congestion, on met en usage le traitement antiphlogistique et on combat le relâchement des parties molles du bassin par des injections vaginales astringentes, ou mieux par des pessaires médicamenteux, préparés avec l'extrait d'écorce de chêne, le tannin, l'iodure de plomb, etc. Ce traitement est loin de réussir dans tous les cas, même lorsque la rétroversion est récente ; à plus forte raison, lorsque le déplacement est ancien et confirmé. Dans ces circonstances, on a trois indications principales à remplir :

1° Faire disparaître l'état morbide de l'utérus, qui peut coexister avec la rétroversion. Ainsi, il y a souvent congestion et hypertrophie de l'utérus, qui allonge sa cavité d'au moins un demi-pouce ; d'autres fois le col ou la cavité utérine présente, à une certaine distance de l'orifice, des rétrécissements qui peuvent mettre obstacle à l'écoulement menstruel; d'autres fois, enfin, l'organe est enflammé d'une manière chronique, surtout dans sa partie postérieure ; le col est engorgé, enflammé, ulcéré, surtout la lèvre postérieure. Tous ces états morbides doivent être combattus préalablement, mais surtout lorsqu'on s'est assuré que ce ne sont pas seulement des effets de la rétroversion ; alors il faut remplir les deux indications suivantes :

2° Replacer l'utérus dans sa situation normale. C'est à tort que les auteurs ont décrit comme facile le replacement avec le doigt, en refoulant le fond de l'utérus en avant, tandis que l'on entraîne le col en arrière. On peut réussir quelquefois, mais cela est rare. Richter et Evrat ont proposé l'introduction, dans le rectum, d'une tige inflexible, comme point d'appui. Bellenger, Lallemand et Dugès ont proposé d'introduire une grosse sonde dans la vessie, pour s'en servir comme d'un levier sur le col de l'utérus. Siébol et Dréjer ont proposé des instruments en baleine, destinés à presser sur le fond de l'utérus à travers le repli postérieur du vagin ; le meilleur moyen de réduction est évidemment la sonde utérine.

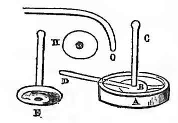
3° Maintenir l'utérus replacé dans sa situation normale. Cette dernière condition est indispensable à remplir pour arriver à une guérison

complète. La position est loin de suffire : c'est ce qui a donné lieu à l'invention d'un grand nombre de pessaires qui, pour la plupart, n'ont pas produit l'effet qu'on en attendait.

Après avoir employé avec succès la sonde utérine, pour le replacement de l'utérus, M. Simpson songea à la possibilité de maintenir l'utérus dans sa situation normale, en laissant la sonde à demeure pendant un certain nombre d'heures ; mais il ne tarda pas à reconnaître que cette introduction temporaire ne suffisait pas et qu'il fallait maintenir l'organe d'une manière permanente. C'est ce qui l'engagea à employer des pessaires particuliers, que certaines femmes ont portés sept et huit mois, sans autre inconvénient que d'augmenter l'écoulement menstruel aux deux premières périodes qui suivent leur application.

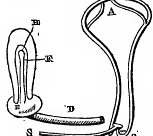
Les pessaires que M. Simpson emploie, et que nous avons fait figurer dans les planches suivantes, sont en métal (en argent allemand). Ils doivent être portés par les malades pendant huit ou quinze jours, quelquefois même pendant plusieurs mois. Ces pessaires sont de trois espèces :

La première E, se compose d'une branche de 2 pouces 1/3 de longueur, que l'on introduit dans la cavité utérine, et d'un renflement sur lequel reposent les lèvres du col. A la partie inférieure du renflement est un orifice dans lequel on introduit l'extrémité d'un manche O, long de 8 pouces, qui sert à l'introduction du pessaire. Cette espèce de pessaire est plus utile dans les cas d'antéversion que dans ceux de rétroversion : elle ne contient le déplacement que pendant quelques jours, par suite de la dilatation et du relâchement du col utérin. Elle peut être parfois utile dans les cas de dysménorrhée, qui tiennent à un rétrécissement du col de l'utérus.



La seconde espèce de pessaire, figurée dans la même planche, a une branche utérine et un bulbe, comme la première, et, en outre, un large disque ovoïde A, long de 2 pouces 5/8, large de 1 pouce 1/4 et profond de 1 pouce 1/2. La branche utérine est mobile dans le sens B D, afin de rendre facile l'introduction de l'instrument. A la partie inférieure du disque se trouve une espèce de cliquet, destiné à fixer la branche lorsqu'elle est redressée, et qu'il est facile de faire sauter avec l'ongle, lorsqu'on veut retirer le pessaire. Le disque, par sa forme et ses dimensions, conserve sa place dans le vagin, et maintient l'utérus parfaitement en place, pourvu que la tendance au déplacement ne soit pas extrême.

Dans ce dernier cas, on emploie la troisième espèce de pessaire, qui se compose de deux portions : une portion interne, E H, offrant une tige F et un renflement H, comme les deux premières, et, en outre, une portion vaginale tubuleuse D, et une portion externe A, destinée à maintenir la portion interne. Cette portion externe, espèce de carcasse en fil d'archal, a 5 pouces de longueur, un demi-pouce de largeur à sa partie la plus inférieure, et 3 pouces à sa partie supérieure. De son extrémité inférieure ou vaginale, se détache, presqu'à angle droit, une tige aplatie S, qui glisse, et se fixe dans le tube correspondant et ouvert D, se rattachant d'autre part, par conséquent, au renflement de la moitié interne de l'instrument E. La planche ci-jointe représente l'utérus retenu par la tige F, qui pénètre dans son intérieur. Pour introduire ce pessaire, on place d'abord la moitié interne de l'instrument ; puis la tige solide est introduite dans le tube vaginal, et la portion externe fixée sur le pubis, avec une serviette ordinaire qui passe entre les cuisses. La portion extérieure ou pubienne doit être moulée sur la portion antérieure du bassin, de manière à s'appliquer aussi exactement que possible, et à n'exercer aucune pression douloureuse sur les parties molles. Lorsqu'on veut retirer le pessaire, on courbe la portion pubienne en arrière, en l'éloignant du pubis ; ensuite, l'on sépare l'une de l'autre les pièces vaginales ; et enfin on extrait la portion interne.



Ces pessaires doivent être portés continuellement pendant une ou deux semaines, pendant un ou plusieurs mois, suivant le caractère récent ou chronique du déplacement et la tendance de celui-ci à se reproduire. M. Safford Lee, qui a publié, il y a quelque temps, un mémoire sur le traitement de la rétroflexion et en particulier sur l'emploi du pessaire n° 3, qui lui paraît pouvoir remplacer tous les autres, a cité le cas d'une femme qui l'avait porté plus d'un an, et chez laquelle, après sa mort survenue par suite d'une autre maladie, on trouva l'utérus parfaitement sain et encore bien soutenu par l'instrument. Des nombreuses observations rapportées par M. Lee, nous n'en citerons qu'une seule, parce qu'elle donne l'idée des difficultés que peut présenter le redressement de l'utérus pratiqué au moyen des pessaires intra-utérins et de la manière de surmonter ces difficultés.

OBS. — *Rétroflexion survenue à la suite d'une fausse couche ; réduction avec la sonde utérine ; introduction d'un pessaire dans la cavité utérine ; accidents*

aigus nécessitant l'extraction du pessaire ; retour de l'inflexion ; nouvelle introduction du pessaire ; guérison définitive. —Une dame de vingt-quatre ans, mariée, mère d'un enfant, avait eu, à la fin de novembre dernier, une fausse couche, pour avoir dansé trop longtemps et avec trop d'animation ; elle avait ressenti tout d'un coup une sensation de descente dans le bassin, suivie d'une douleur vive et d'une espèce de faiblesse. Depuis cette époque, elle avait eu des attaques hystériques, des douleurs d'estomac, de la sensibilité vers l'utérus avec sensation de pesanteur, et une grande difficulté à rendre les urines et les matières fécales. Le vagin était chaud, le col utérin regardait en avant et en bas vers la vulve ; ses lèvres étaient gonflées, engorgées, quoique molles et très-sensibles à la pression ; le col était élargi, et immédiatement derrière lui on sentait une tumeur dure, volumineuse, douloureuse au toucher, située entre le vagin et le rectum. La sonde utérine pénétra dans cette tumeur qu'elle replaça dans l'axe du bassin. Le col de l'utérus fut dirigé immédiatement vers la concavité du sacrum. Deux heures après, l'engorgement du col avait presque entièrement disparu. Pendant vingt-quatre heures, l'utérus conserva sa position normale ; mais bientôt la tendance à l'inflexion reparut, et force fut d'aller le redresser de nouveau avec la sonde utérine. Le 6 janvier, on introduisit le pessaire de M. Simpson dans la cavité utérine ; cette introduction ne fut pas sans difficulté, à cause de l'étroitesse du canal utérin, et il fallut même employer des éponges coniques pour dilater le col. Tout alla bien jusqu'au cinquième jour, où le pessaire se déplaça à la suite d'un accès hystérique, et il fallut l'enlever. Le fond de l'utérus revint dans la rétroflexion, et il survint des accidents aigus qui nécessitèrent des moyens antiphlogistiques énergiques. Malgré cela, les accidents passèrent à l'état chronique, et on ne put songer à revenir au pessaire avant les premiers jours d'avril. Cette fois, l'introduction fut facile et assez bien supportée. Toutes les douleurs disparurent comme par enchantement ; la malade le garda sans difficulté, marchant avec et vaquant à ses occupations, jusqu'au 16 mai où l'auteur constata que le déplacement ne s'était pas reproduit depuis cette époque ; la malade a continué à se bien porter, et peut se livrer à la marche sans aucune fatigue.

Ainsi les principaux obstacles à l'emploi de ces pessaires sont l'étroitesse du canal utérin et les accidents inflammatoires que leur présence peut entraîner dans certains cas. Mais l'étroitesse du col peut être surmontée par l'emploi répété des moyens dilatateurs, de la sonde utérine, des éponges coniques, etc. ; et quant aux accidents inflammatoires, on les évite, en général, en faisant garder le repos au malade pendant quelques jours. On leur permet ensuite de faire quelques pas dans leur chambre. Il est des femmes dont la sensibilité est tellement obtuse à cet égard que M. Simpson en a vu qui, tout en portant cet instrument, ont pu reprendre leurs travaux domestiques. On a cependant été forcé dans quelques cas d'y renoncer, à cause des accidents inflammatoires ; mais l'extraction de l'instrument les fait cesser immédiatement, et, comme on le voit, on peut y revenir de nouveau quelque temps après. Quelquefois l'instrument s'incline trop en avant ou trop en arrière ; il faut alors le retirer pour le replacer. Pendant la pré-

sence du pessaire, des injections astringentes doivent être faites tous les jours dans le vagin.

Tel est l'ensemble des moyens proposés et mis en usage par M. Simpson dans le traitement des inflexions et des déviations utérines. On voit que ce traitement compte déjà des succès assez nombreux pour permettre d'infirmer les assertions désespérantes des deux honorables professeurs de la Faculté. Un essai que M. Robert en a tenté sur une malade de son service, à l'hôpital Beaujon, nous donne la conviction que la méthode de M. Simpson est une méthode utile et pratique, appelée à prendre place dans la thérapeutique usuelle des déviations et des inflexions utérines.

DU TRAITEMENT DES COARCTATIONS URÉTRALES PAR LA DILATATION FORCÉE, ET LA LACÉRATION.

Par le docteur Civiale.

Si l'on passe en revue les divers travaux récemment publiés sur les rétrécissements de l'urètre, on s'aperçoit que l'idée prédominante est l'emploi de la force, de la violence, pour vaincre l'obstacle au cours de l'urine, pour écarter les parois urétrales contractées, resserrées, indurées, soit qu'on emploie la dilatation d'une manière exclusive, soit qu'on y ait recours comme moyen accessoire. Les opinions nouvelles ou renouvelées, qu'on cherche aujourd'hui à accréditer, sont donc précisément l'inverse de celles qui ont cours dans l'exercice de la chirurgie, de celles qui reposent sur l'autorité des plus grands noms, qui ont pour elles l'assentiment des Hunter, des Ch. Bell, des A. Cooper, des Dupuytren, etc.

Afin de pouvoir recourir à la force pour triompher des obstacles qu'on rencontre, on nous propose de revenir aux bougies rigides. Assurément une main exercée pourrait les employer sans grand danger; elles peuvent même, dans certains cas rares, mériter la préférence au début du traitement, par exemple lorsqu'il faut recourir à des instruments si grêles que les bougies molles n'auraient plus assez de consistance. Mais est-ce là une raison pour vouloir remettre entre toutes les mains, afin d'en user en toutes circonstances, des instruments avec lesquels on peut faire beaucoup de mal? Des hommes graves, parce qu'ils ont vu réussir quelquefois les bougies en baleine, à *ventre*, à *ex-*

(1) Sir B. Brodie dit aux jeunes praticiens : « Je ne saurais trop profondément graver dans vos esprits cette maxime, que dans le traitement des « coarctations urétrales, il ne faut jamais employer la force. Vos succès « dépendront surtout de votre exactitude à suivre un pareil précepte. (*Leçons*, trad., p. 106.)

trémité cylindrique, olivaire, conique, etc., devraient-ils donner une sorte d'approbation à des instruments dont l'expérience des temps passés a révélé les dangers?

Les bougies, les cathéters métalliques, empruntés aux Anglais et aux Américains, qui eux-mêmes les ont pris aux anciens, en les modifiant, deviennent pour ainsi dire un objet de mode. Quelques chirurgiens en ont de toutes les dimensions, même au-dessus de la capacité normale de l'urètre, qu'on oblige cependant à les admettre; car ils offrent assez de solidité pour qu'on puisse user de force sans crainte de les briser, ni même de les forcer. C'est ce que nous avons vu dans nos hôpitaux, il y a peu de temps. Mais les résultats de cette pratique sont-ils vraiment de nature à inspirer la confiance? Peut-on espérer quelques avantages réels du mode adopté par quelques praticiens qui graduent le volume de leurs instruments au point d'en multiplier le nombre presque à l'infini? Je ne pense pas qu'on doive adopter toutes ces innovations. Il y aurait plus que de l'injustice à laisser tomber dans l'oubli des moyens fortuitement utiles, dont un chirurgien exercé peut même, parfois, retirer des avantages; mais au moins aurait-il fallu qu'en les indiquant on circonscrivît le cercle de leur utilité possible ou présumable; et, à part ces quelques cas exceptionnels, tous les instruments rigides, quelles qu'en soient la nature, la forme, la gradation, ne sauraient être recommandés à la pratique générale.

Rappelons ici quelques-uns des résultats que l'expérience procure dans le cas de coarctation urétrale.

1° La dilatation temporaire, lente, mais progressive, à l'aide des bougies molles introduites sans violence, et laissées en place quelques minutes seulement, suffit à la guérison de la plupart des coarctations urétrales. Ce traitement, conduit avec le soin et les précautions que j'ai indiqués ailleurs (Traité pratique, t. I), est non-seulement le plus efficace, mais aussi le moins propre à provoquer les accidents auxquels exposent les autres méthodes. Les faits nombreux de ma pratique confirment cette vérité déjà proclamée par Hunter, Ch. Bell, Ast. Cooper, Dupuytren, Benj. Brodie, etc.

2° Quand on procède à la dilatation avec force, et que le canal serre fortement la bougie, le passage de celle-ci entraîne souvent une rétraction consécutive des tissus, capable d'empêcher le même instrument de passer le lendemain, si même elle ne provoque une réaction générale.

3° Il se rencontre des cas où cette réaction n'a pas lieu, où même la substitution d'une bougie rigide à une bougie molle, et l'emploi d'une force lente et graduée pour l'introduire, procurent un résultat satisfaisant. Quoique cette espèce de dilatation forcée soit généralement dou-

loureuse, quoique l'état de malaise, qui succède, oblige fréquemment de laisser écouler un certain laps de temps entre les introductions successives, on n'en parvient pas moins à obtenir la dilatation de l'urètre. Mais ce mode de traitement peut entraîner des accidents sérieux : la douleur et le malaise, au lieu de diminuer, à mesure qu'on s'éloigne de l'introduction forcée de la bougie, persistent et augmentent ; il éclate de la fièvre, une réaction du côté de la vessie, des troubles dans la miction, une sorte de cystite, des douleurs musculaires ou articulaires, des abcès en diverses parties du corps, etc. Il n'en fallait certes pas davantage pour faire reculer devant l'emploi d'un pareil procédé, d'autant plus que l'efficacité en est fort incertaine, et qu'on peut réussir en procédant d'une autre manière.

Mais parce qu'il y a des cas où de si formidables accidents n'ont pas lieu, et qu'on trouve un bénéfice réel à forcer la coarctation, quelques personnes ont pensé qu'il fallait changer de système. La première question qui se présente ici est relative à la distinction des cas. Or, il ne me paraît pas qu'elle soit, quant à présent, susceptible de recevoir une solution rigoureuse et en temps utile ; car, malgré toute l'attention et toute la sagacité imaginables, on ne saurait affirmer que les accidents dont je viens de parler n'auront pas lieu, et dès qu'ils sont survenus, il ne suffit plus de discontinuer.

Cependant, au lieu de s'arrêter devant cette considération, on continue d'aller en avant, et l'on propose une méthode générale de traitement dans laquelle c'est une loi d'user de la dilatation forcée, quoi qu'il advienne. C'est trop peu du cathétérisme forcé, tel que tous les chirurgiens le connaissent; il faut un mode de dilatation plus brusque, plus étendue. Les instruments et les procédés qu'on cherche à impatroniser dans la pratique ont pour destination spéciale de produire, non une simple dilatation, quelque exagérée qu'elle puisse être, mais la simple déchirure des tissus qui constituent les coarctations urétrales, et que cependant on continue d'appeler dilatation, quoiqu'elle soit une véritable lacération, une sorte d'urétrotomie, dans laquelle, contre tous les principes de la saine chirurgie, à l'action méthodique et calculable de l'instrument tranchant, on substitue les effets vagues, mais toujours violents, d'une brutale traction.

Il y a deux manières d'exécuter cette lacération, d'avant en arrière, ou de dedans en dehors.

Pour le premier mode, on emploie des instruments déjà connus, et qui sont les uns coniques, les autres cylindriques. Pour le second, on propose des agents spéciaux. Je présenterai de courtes remarques sur ces procédés.

1° *Sondes coniques*. Les opinions paraissent être généralement arrêtées eu égard au cathétérisme forcé à l'aide des sondes coniques, auxquelles Desault et quelques chirurgiens venus après lui, Boyer entre autres, ont donné une vogue qui ne s'est pas soutenue, et à laquelle a succédé une véritable réprobation. On essaye aujourd'hui de remettre ces sondes en crédit : on dit même avoir sauvé la vie à quelques malades. Toutefois, les nouveaux promoteurs des sondes coniques ne paraissent pas bien convaincus ; ils reconnaissent qu'il est d'autant plus facile de s'égarer par l'emploi de ces sondes, « que l'effort toujours croissant, que le chirurgien est obligé de faire, ne lui permet pas de les diriger sûrement dans un trajet aussi long, et que la recommandation de tenir la sonde dans l'axe du corps ne suffit pas pour mettre à l'abri d'une déviation, ou de la perforation de l'urètre » ; ils ajoutent même que toute l'habileté chirurgicale ne saurait faire disparaître le danger ; mais ils espèrent mieux réussir à l'aide de ce qu'ils appellent *méthode mixte*, qui consiste à introduire de force, dans la coarctation, une sonde ferme et solide, à *pointe plus ou moins acérée*, de manière que cette pointe dépasse la partie rétrécie, *d'un centimètre seulement* ; on la laisse ainsi engagée pendant un quart d'heure, après quoi on la remplace immédiatement par une petite sonde, ou une bougie. C'est, comme on le voit, une combinaison de la ponction urétrale, d'avant en arrière et sans guide, et du cathétérisme forcé, ou plutôt une espèce d'urétrotomie dont on ne paraît pas non plus satisfait; car on se hâte d'ajouter qu'on peut faire mieux. Ce mieux consiste à transformer la sonde conique en une sorte de trocart dont le fer peut être retiré. On laisse dans la coarctation une canule ouverte à ses deux extrémités, par laquelle on cherche à passer jusqu'à la vessie, des sondes ou des bougies. Ce procédé ne diffère que par de légères variantes de ceux qu'ont employés Lafaye, Viguerie, etc., et, bien qu'on ait cherché à le rajeunir par une désignation nouvelle, il ne me paraît pas destiné à rendre de grands services.

Les inconvénients de cette opération, disait Boyer, sont si grands, si évidents, que personne n'a osé s'en servir, et que probablement on ne s'en servira jamais. Les prévisions du célèbre chirurgien de la Charité ne se sont pas réalisées, mais le jugement qu'il porte n'a rien perdu de sa valeur.

Les sondes coniques ont fait beaucoup de mal, et elles sont destinées à en produire encore. Tout bien considéré, peut-être serait-il à désirer qu'on les bannît de la pratique, dussent quelques chirurgiens aussi prudents qu'habiles être privés d'une ressource utile. Du moins faut-il les réserver pour des cas très-rares. En effet, dans les circonstances où le cathétérisme forcé, avec leur secours, paraît réellement indiqué, eût-

on toute la dextérité d'un Desault, parvînt-on à faire glisser l'instrument jusque dans la vessie, à travers tout un chapelet de nodosités, même sans produire la moindre lésion, sans donner lieu à aucun désordre immédiat, aurait-on toujours à se féliciter du résultat? Cette forte pression, qu'on aura dû employer pour pousser l'instrument, n'entraînera-t-elle pas des conséquences plus ou moins graves? La sonde parvenue à la vessie donnera issue à l'urine, ce qui est sans contredit très-satisfaisant; mais sa présence dans l'urètre, où elle est fort serrée, n'occasionnera-t-elle pas des douleurs intolérables, des gonflements inflammatoires plus ou moins étendus, des tumeurs, des nodosités, des ulcérations, des crevasses de l'urètre, des infiltrations d'urine? L'expérience journalière permet de faire à chacune de ces questions une réponse qui n'est point en faveur de la méthode. Mais on peut renvoyer aussi aux observations que nos prédécesseurs ont recueillies, et même à celles qui sont publiées dans le journal de Desault. Nous y lisons, par exemple, la relation d'un de ces cas où le grand chirurgien triompha de tous les obstacles; il passa la sonde à travers les nodosités, et de suite le malade fut soulagé; la douleur fut faible d'abord; mais bientôt survinrent l'irritation, la phlogose du canal, la suppuration; au vingtième jour, les duretés de la racine de la verge augmentèrent: de là tumeur, gonflement inflammatoire aux bourses, abcès qu'on ouvrit, fistules, et nouvel abcès au testicule. Le *cent dix-huitième* jour l'urine passait encore par la fistule, et il fallut *cinquante jours* de plus pour obtenir la guérison. Ce n'est point là, il faut en convenir, un résultat fort encourageant.

Quelque respectable que soit à mes yeux l'opinion des chirurgiens qui ont accrédité ce mode de traitement, je ne puis adopter sans réserve les principes qu'ils tracent; et c'est avec regret que je lis dans des ouvrages justement estimés, qu'un praticien, dans ces cas difficiles, peut être assez sûr de lui pour ne jamais perdre de vue la disposition de l'urètre et la direction du bec de la sonde, *et qu'en poussant celle-ci avec vigueur, il peut forcer l'obstacle et pénétrer dans la vessie.* En même temps on fait intervenir et la finesse du toucher, et la précision que fait acquérir une longue habitude, et surtout les données que fournissent de vastes connaissances en anatomie.

Nous serions vraiment tenté de croire que ceux qui alignent si bien des préceptes n'ont jamais rencontré un de ces cas dans lesquels le chirurgien, en face d'une rétention d'urine produite par un ou plusieurs rétrécissements infranchissables, se voit dans la cruelle nécessité de recourir au cathétérisme forcé. A quoi, je le demande, lui serviront les notions que l'anatomie fournit, eu égard à la direction du canal, à l'é-

paisseur, à la souplesse, à l'élasticité de ses parois, puisque l'urètre n'est plus dans l'état normal, puisqu'il est épaissi, raide, dur, noueux, et entouré de tissus indurés, qui ne permettent même pas toujours de bien sentir le bec de la sonde? Toutes les notions sur lesquelles la théorie compte deviendront plus inutiles encore lorsque la sonde, engagée dans la coarctation, aura, par le fait de la pression nécessaire à sa progression, refoulé le point rétréci d'une quantité qui varie suivant les sujets, la situation des rétrécissements, l'état des tissus voisins, et le degré de force qu'on emploie. Si, comme on l'a dit avec raison, les connaissances anatomiques les plus exactes et les règles les mieux calculées ne suffisent pas à elles seules pour mettre en mesure de pratiquer d'une manière convenable le cathétérisme ordinaire, alors même que l'urètre est parfaitement libre, combien moins encore de ressources n'offriront-elles pas quand il s'agira du cathétérisme forcé! En masquant les difficultés de la pratique par le caractère absolu qu'elle donne à ses préceptes, la théorie entraîne le jeune chirurgien dans une voie d'où il ne peut sortir sans compromettre son honneur, et peut-être la vie de son malade; il s'y sera engagé sans défiance, parce qu'on lui a dissimulé les obstacles qu'il va rencontrer; les difficultés se multiplieront et grandiront sous ses pas, par la raison seule qu'il ne les aura point prévues et calculées; il poussera la sonde dans la direction normale de l'urètre, qu'on lui a donnée pour un guide infaillible; et comme cette direction aura été changée par la maladie, ainsi que par le refoulement des parties au-devant de l'instrument, il déprimera le canal dans un sens ou dans l'autre; au lieu de suivre la lumière du point rétréci; l'extrémité conique de l'instrument se fourvoiera; il y aura un commencement de fausse route, et dès ce moment l'opérateur ne pourra plus se reconnaître. Qu'arrivera-t-il en dernier résultat? Les cabinets d'anatomie pathologique sont là pour nous l'apprendre.

Je ferai en passant une remarque, qui me paraît avoir été négligée à l'égard de ce qu'on peut attendre ici du toucher par le périnée et le rectum. Dans les cas les plus ordinaires, où l'obstacle occupe la courbure de l'urètre, lorsque le doigt placé sur le périnée cesse de sentir l'extrémité de la sonde, on l'insinue dans le rectum; mais, entre le point qu'on palpait au dehors et celui qu'on va sentir au dedans, se trouve le bourrelet que forme l'orifice externe de l'anus, bourrelet dont l'épaisseur et la consistance rendent la sensation confuse, à l'endroit précisément où il serait le plus nécessaire qu'elle pût diriger l'opérateur. La pression exercée sur l'instrument refoule le point rétréci de manière à ce qu'on puisse le sentir par l'anus; mais alors il y a déplacement. Il faudrait qu'on pût sentir le bec de l'instrument lorsqu'on

ne presse pas, lorsque les tissus ont repris leur situation normale. Or, c'est ce qui n'a pas lieu, et rend la position embarrassante.

2° *Grosses sondes métalliques plus ou moins cylindriques.* Quelques chirurgiens anglais, spécialement M. Arnott, ont proposé de forcer les coarctations urétrales à l'aide de grosses sondes. Est venu ensuite M. Mayor, qui a voulu propager l'usage de ces sondes. Celles qui portent son nom sont en étain et de grande dimension. Voici comment il s'exprime à leur égard : « Plus le rétréeissement est pro-« noncé et opiniâtre, en d'autres termes, plus l'urètre offre de diffi-« cultés au cathétérisme et à la libre excrétion de l'urine, plus aussi j'ai « soin de m'armer d'un cathéter de plus en plus volumineux... S'il se « trouve des malades assez poltrons et assez malavisés pour préférer « guérir avec beaucoup de temps et de patience, que promptement, « commodément et impatiemment, tant pis pour eux. » L'auteur, avec son style gallo-helvétique, nous dit que, dans les cas urgents, il n'abandonne plus le malade, qu'il fait succéder presque sans interruption ses divers cathéters, et il ajoute qu'au moment où la coaretation cède, on entend, on éprouve un *petit frémissement, ou bruissement brusque, comme si quelque ehose se déehirait ou se déplissait.* Suivant lui, *on doit se féliciter de eela, car c'est l'annonce du triomphe qu'on a remporté sur l'ennemi.*

M. Mayor, comme on voit, a formulé nettement sa pensée : il paraît bien difficile de croire qu'un chirurgien si éclairé ait établi avec tant de confiance des préceptes dont l'expérienee ne lui aurait pas révélé l'utilité, et cependant nous ne saurions accueillir de pareilles idées.

Déjà on avait prétendu que les très-grosses sondes pouvaient être avantageuses contre les spasmes de l'urètre et l'hypertrophie de la prostate. A la vérité, on réussit alors à les faire arriver dans la vessie, mais leur passage est plus douloureux qu'on ne le dit, et les malades souffrent bien moins lorsqu'on se sert de sondes moyennes. Quant aux hypertrophies de la prostate, c'est à la courbure autant et même plus qu'au volume de l'instrument qu'il faut s'attacher, ainsi que je crois l'avoir démontré dans le second volume de mon Traité pratique, dont la nouvelle édition paraîtra sous peu de jours.

Ce qu'on a dit de l'utilité des grosses sondes contre les coarctations peu considérables ne saurait être admis sans réserve. Il est vrai qu'une bride mince peut être déchirée par elles, même sans que le malade souffre beaucoup ; mais les brides minces, qui cèdent au moindre effort, ne sont pas aussi communes que certaines personnes cherchent à le faire croire aujourd'hui. A les entendre, il y en aurait d'obliques, de transversales, de longitudinales, tant dans la partie profonde que dans

la région pénienne de l'urètre; et il faudrait recourir, pour les déchirer, à des procédés divers, agissant, les uns d'avant en arrière, les autres d'arrière en avant. Mais, quand il s'agit d'opérer, sait-on rigoureusement quelle est l'épaisseur de l'obstacle qui va se présenter, et quel degré de force il faudra employer pour le rompre?

Ainsi l'expérience et la théorie s'accordent pour prouver qu'il n'est pas rationnel d'attaquer les rétrécissements longs, durs et rétractiles, par les grosses sondes, qui tiraillent les tissus et les déchirent, au lieu de les dilater ; car, en supposant même qu'elles s'engagent dans la coarctation, et non sur les côtés, il résulte de leur emploi des déchirures, spécialement dans les points qui offrent le moins de résistance, d'où résultent des inconvénients sur lesquels je reviendrai.

3° *Sondes et bougies plus ou moins coniques, d'un volume progressivement croissant, et introduites coup sur coup.* — Il est un autre mode de dilatation subite, rapide, brusque, ainsi qu'on l'appelle, qui s'obtient en introduisant dans le point rétréci, et pour ainsi dire coup sur coup, des bougies d'un volume croissant, de manière à arriver aux plus grosses, au bout d'un petit nombre de jours. Ce procédé compte d'habiles chirurgiens parmi ceux qui le préconisent. Il diffère notablement de celui qui précède; car ici la dilatation est plutôt rapide que forcée, ou du moins la violence à laquelle on a recours est moins grande, en ce sens qu'elle se trouve pour ainsi dire fractionnée. M. Lassère dit avoir obtenu des succès si complets qu'ils passent toute croyance ; car, à l'entendre, un de ses malades aurait été guéri dans l'espace d'un seul jour, et après le retrait de la sonde, l'urine sort instantanément, sans douleur, par un gros jet. D'autres praticiens citent aussi des succès qui tiennent du merveilleux. Je me borne à indiquer ces faits, presque tous en dehors de ceux qu'observent généralement même les chirurgiens les plus exercés dans cette branche de la pratique.

On sait qu'il est des cas où l'on obtient très-promptement la dilatation des coarctations urétrales ; mais il est reconnu aussi que le rétrécissement se reproduit alors d'une manière non moins rapide, et que, pour consolider l'amélioration qu'on a d'abord obtenue avec douleur, en exposant les malades à des accidents bien connus, il faut employer ensuite la dilatation temporaire pendant un laps de temps presque aussi long que si l'on n'avait pas eu recours à la dilatation rapide ; c'est ce qui m'a fait abandonner ce dernier moyen, dans la grande majorité des cas, et c'est probablement pour le même motif que d'autres praticiens y ont renoncé, après en avoir été partisans. Mais un fait pratique, habilement rattaché à ce procédé, est venu lui donner,

aux yeux de quelques chirurgiens, une valeur au moins exagérée.

Dans les cas où l'on présume que l'introduction de la sonde présentera de grandes difficultés, beaucoup de praticiens ont la prudente habitude de passer d'abord une ou plusieurs bougies fines, qui font connaître l'état du canal, en même temps qu'elles le disposent favorablement à recevoir la sonde. L'expérience a prouvé, en effet, que cette précaution rend le cathétérisme plus facile et moins douloureux. Il est constaté aussi qu'en introduisant plusieurs bougies coup sur coup, et dans la même séance, les dernières passent mieux et avec moins de douleurs, bien qu'elles soient d'un volume croissant.

Dans les cas nombreux où l'on a recours à la dilatation temporaire, il est de pratique usuelle, en prenant une bougie plus grosse, de passser d'abord celle qu'on veut remplacer, et dont on s'est servi les jours précédents. La bougie nouvelle pénètre alors avec plus de facilité. C'est là ce qu'on fait tous les jours, avec les modifications que chaque cas réclame. On ne saurait donc être admis à voir là une innovation. Mais ce qu'il est juste de dire, c'est que cette manière de procéder a été régularisée dans ces derniers temps; et bien qu'on l'ait abusivement étendue à des cas où elle est au moins inutile, on en obtient aujourd'hui des résultats qu'on n'avait pas prévus. CIVIALE.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SIROP DES PAUVRES GENS, CONTRE LE RHUME, LA TOUX, ET LES AFFECTIONS CATARRHALES.

Le curé et le médecin d'une commune sont la providence des pauvres qui l'habitent. Malheureusement, leur fortune n'est pas toujours en rapport avec leur bon cœur ou leur désintéressement, car alors ils joindraient le plus souvent le médicament aux conseils qu'ils donnent aux malades. Ce motif nous porte à leur faire part de la préparation suivante, qui leur permettra de soulager à bon marché quelques souffrances.

D'une part, fleurs de guimauve...... }
— de bouillon-blanc.. }
— de mauve........ } de chaque 100 grammes.
— de violette....... }
Feuilles de lierre terrestre. }

Criblez les fleurs pour leur enlever la poussière qu'elles peuvent contenir, mettez-les dans un vase qui ferme hermétiquement, et versez dessus, eau bouillante, suffisante quantité, pour les faire baigner. On

laisse infuser vingt-quatre heures ; on passe à travers un linge avec forte expression.

D'autre part, capsules de pavots blancs, séchées et privées de semences (têtes de pavots), 500 grammes; on coupe les capsules en très-petits morceaux, on verse dessus 3 kilogrammes d'eau bouillante. Après vingt-quatre heures d'infusion, on passe à travers un linge avec forte expression ; on filtre la liqueur au papier, si elle n'est pas claire, et on l'évapore à une douce chaleur, jusqu'à réduction de 150 gram.

Enfin bois de réglisse, 500 grammes ; ratissez-le à l'aide d'un couteau pour enlever l'écorce brune qui le recouvre, coupez-le en très-petits copeaux, ou mieux encore réduisez-le en poudre grossière, puis mettez-le dans un vase avec eau ordinaire, 2 kilogrammes ; on laisse macérer vingt-quatre heures à une douce température, on passe avec forte expression, et on évapore jusqu'à réduction de 150 grammes. Il est préférable de chauffer les colatures au bain-marie qu'à feu nu, et de préparer les macérations par déplacement.

On réunit ces trois infusions, on y ajoute :

Mélasse très-épaisse.................. 2 kilogrammes.
Teinture d'ipécacuanha du Codex........ 30 grammes.

On mêle exactement. Une cuillerée à bouche de ce sirop peut faire, lorsqu'elle est mise dans un litre d'eau, une tisane très-adoucissante et béchique.

SIROP DE RÉGLISSE.

Il y a quelques années, le docteur F. Foy a publié dans ce journal une note sur les édulcorants et les moyens d'édulcoration. Ce praticien admet avec juste raison que pour sucrer les boissons ou les tisanes, il y a économie à se servir du bois de réglisse; il dit même que dans certains cas, cette substance est préférable au sucre et au miel.

Profitant de cette observation, nous avons cru pouvoir composer, avec cette substance, un sirop qui, sous un très-petit volume, jouit au plus haut degré des propriétés édulcorantes. Ce sirop se prépare de la manière suivante :

Bois de réglisse mondé et en poudre grossière, 500 grammes ;
Eau bouillante, 2 kilogrammes.

On laisse macérer ce mélange à une température de 20 à 25 degrés. Vingt-quatre heures après on passe avec forte expression, on évapore à une douce température, ou mieux encore au bain-marie, jusqu'à ce qu'il ne reste que 3 à 400 grammes de liquide que l'on mêle à

Mélasse très-épaisse, 2 kilogrammes.

Ce sirop froid doit donner au pèse-sirop 35 à 40 degrés. Il est clair

et limpide ; une cuillerée à bouche peut édulcorer un litre d'une boisson gommeuse, amère ou autre; la saveur de mélasse est à peine sensible à l'odorat et même au goût.

La mélasse glycyrrhizée peut être avantageusement employée dans les ambulances militaires et dans les hôpitaux ; les bureaux de charité pourront largement en distribuer aux malheureux, car son prix de revient n'est que de 60 à 75 centimes le kilogramme.

Le sucre incristallisable varie de densité, cela tient à son degré de concentration ; aussi ne peut-on fixer d'une manière exacte la quantité d'eau qu'il faut pour le ramener à 35 ou 40 degrés. Nous avons constaté, par nos essais, qu'un litre de ce sirop pesait 1 kilogramme 460 grammes, et qu'il fallait à peu près 400 grammes de liquide pour le ramener à la consistance voulue.

M. Dorvault, dans son Officine, donne deux formules de sirop de réglisse qui ont le même but que les nôtres, seulement le prix de revient est différent.

STANISLAS MARTIN,
pharmacien.

NOUVELLE FORMULE D'UN SIROP DE CASTORÉUM COMPOSÉ.

Le castoréum, la valériane et les préparations cyaniques doivent être, sans contredit, rangés parmi les plus puissants antispasmodiques que possède la matière médicale. On peut croire qu'appliqué à des états pathologiques bien déterminés, chacun d'eux a une action dynamique complète. Mais est-il toujours facile de distinguer les névroses entre elles? Ne sont-elles jamais obscures et sans complication des unes par les autres? Si l'on nous répond par la négative, il faut admettre qu'une préparation qui réunirait les substances que nous avons désignées serait très-propre à éviter des tâtonnements aussi préjudiciables aux praticiens qu'aux malades. C'est, sans aucun doute, cette considération qui a conduit M. Lebrou à composer le sirop suivant, dont la pratique, dit-il, constate tous les jours les bons effets dans les spasmes; l'asthme, la toux spasmodique, les coliques nerveuses, les coliques menstruelles, l'hystérie, les névralgies en général.

Eau distillée de valériane............	1000	grammes.
Eau distillée de laurier-cerise..........	500	—
Sucre blanc.......................	3000	—
Castoréum........................	75	—

Alcool à 30 degrés, quantité suffisante.

Faire macérer le castoréum dans l'alcool pendant huit jours ; filtrer la teinture qui en résulte ; ajouter celle-ci aux hydrolats ; faire digérer le mélange à une douce chaleur pendant quelques heures ; laisser

refroidir et filtrer. Enfin, faire fondre en vase clos le sucre dans la liqueur et filtrer de nouveau.

APPLICATION DU GALVANISME A LA RECHERCHE DES POISONS MÉTALLIQUES.

Dans le numéro du 15 octobre 1848 du *Bulletin de Thérapeutique*, nous avons fait connaître la méthode générale proposée par M. Abreu pour la recherche des poisons métalliques, qui consiste à détruire d'abord la matière organique des tissus et viscères à examiner par l'acide chlorhydrique et le chlorate de potasse aidés de la chaleur; à faire passer ensuite, au travers du liquide, un courant d'hydrogène sulfuré, afin de précipiter le métal ou les métaux qui peuvent s'y trouver ; enfin, à produire, avec le précipité obtenu, les réactions propres à en faire reconnaître la nature.

Aujourd'hui, nous venons exposer brièvement une nouvelle méthode de recherches toxicologiques, ayant le caractère de généralité de la précédente, mais en différant par le principe : cette méthode, que l'on doit à M. H. Gaultier de Claubry, repose, en effet, sur la précipitation des métaux par l'électricité.

Après avoir traité les matières comme dans le procédé Abreu (M. Gaultier remplace le chlorate de potasse par l'acide azotique), et avoir chassé l'excès d'acide par la concentration des liqueurs, on y plonge deux lames de platine, ou une seule lame, formant l'attode d'une pile à courant constant, celle de Bunsen, par exemple, et une autre de zinc, si l'on ne recherche pas ce métal, d'étain ou de platine, dans le cas contraire, formant l'anode. Après un temps plus ou moins long, qui ne dépasse pas huit ou dix heures, le platine se trouve recouvert par un dépôt formé du métal ou des métaux que renfermait la dissolution. Après avoir lavé cette lame, on la traite par l'acide nitrique, et l'on obtient une dissolution dans laquelle il n'y a plus qu'à déterminer la nature du métal ou des métaux déposés. On peut retrouver ainsi des proportions presque infinitésimales des divers métaux, excepté l'argent, que l'on a bien rarement à rechercher dans le cas d'empoisonnement.

Cette méthode remplit, d'ailleurs, une condition très-importante aux yeux des toxicologues, c'est de présenter le poison à l'état métallique, état sous lequel, avec le caractère de ses réactions toutefois, il n'y a plus place pour le doute. D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

QUELQUES REMARQUES SUR LA MEILLEURE MÉTHODE DE RÉDUCTION DES LUXATIONS DE LA CUISSE ET DU BRAS.

En chirurgie, comme au reste dans tous les arts, les procédés les plus simples sont généralement aussi les meilleurs. La méthode suivante pour réduire les luxations de la cuisse et du bras en est un exemple remarquable. Du moins, pour ma part, ayant eu déjà plusieurs fois occasion de la mettre en usage, je n'hésite pas à lui accorder une préférence marquée sur les anciens procédés.

Ceux-ci, en effet, ne me paraissent pas établis sur un principe très-rationnel, puisque l'extension directe du membre, telle qu'on la pratique encore aujourd'hui, ne peut se faire qu'aux dépens des parties molles, qui sont déjà trop distendues par suite de la position vicieuse des surfaces articulaires. Quels que soient d'ailleurs les moyens qu'on ait employés pour éluder ou diminuer l'action des muscles, il est certain que de puissants efforts sont ordinairement nécessaires pour parvenir à la réduction des luxations. De là, des tiraillements douloureux et qui ne sont pas sans dangers, comme le prouvent bon nombre de faits consignés dans les annales de la science. Ajoutons que l'emploi de ces procédés exige le concours de plusieurs aides intelligents qu'on n'a pas toujours à sa disposition; et que, malgré tout, la réduction des luxations présente souvent des difficultés extrêmes, quand elles ne sont pas tout à fait insurmontables.

Il n'en est pas de même, à beaucoup près, de la nouvelle méthode que j'appellerai volontiers la méthode naturelle, à cause de la simplicité de ses moyens, de la promptitude et de l'efficacité de ses résultats. Elle a l'avantage inappréciable, surtout dans les campagnes, de pouvoir être employée par le chirurgien seul et sans le secours d'autres personnes que celles qui sont nécessaires pour maintenir le malade. En outre, elle est très-expéditive, occasionne peu de douleurs, et ne peut guère être suivie d'accidents graves. On a donc lieu d'être surpris de voir cette méthode à peine indiquée par les auteurs modernes, dont quelques-uns en ont pourtant constaté les avantages, tandis qu'ils s'étendent longuement sur les procédés ordinaires, auxquel ils reconnaissent eux-mêmes de nombreux inconvénients.

Quoi qu'il en soit, cette méthode consiste à *relever le bras parallèlement au tronc*, et à faire l'extension dans cette position du membre, tandis que la contre-extension est faite de haut en bas et de dehors en dedans sur l'acromion et l'épine du scapulum, soit à l'aide d'une ser-

viette dont la partie moyenne s'applique sur l'épaule et les extrémités sont confiées à un aide situé de l'autre côté du malade, soit par les seules mains de l'aide qui le fixe. Le chirurgien, au moment qu'il juge l'extension suffisante, appuie sur la tête de l'humérus et la fait rentrer dans la cavité glénoïde.

Dans ce procédé, je pense que le chirurgien peut et doit pratiquer lui-même l'extension, en s'y prenant de la manière suivante : on commence par fixer solidement au-dessus du coude le milieu d'une serviette pliée en cravate, dont les extrémités sont nouées ensemble. Alors, l'opérateur se place de manière à dominer de beaucoup son malade, afin qu'après avoir passé la tête dans l'anse formée par la serviette, il puisse, en se redressant, tirer le bras en haut et faire ainsi l'extension du membre conjointement avec les deux mains qui l'embrassent vers sa partie moyenne et servent, en outre, à diriger la tête de l'humérus dans la cavité glénoïde. De la sorte, la réduction est très-facile et beaucoup moins douloureuse que par les anciens procédés.

Au reste, quoique différente dans son application aux membres supérieurs et inférieurs, cette méthode est néanmoins basée sur un même principe, lequel consiste à mettre les muscles dans le plus grand relâchement possible, au lieu de lutter aveuglément contre leur contraction. Entrevue par Pott, mais oubliée depuis, cette indication fondamentale pour le traitement des luxations de la cuisse et du bras n'a bien réellement été comprise que dans ces derniers temps, où quelques auteurs l'ont signalée et mise en pratique. Cependant il n'est pas inutile d'appeler de nouveau l'attention des praticiens sur ce point de pathologie ; et, dans le but de faire mieux sentir les avantages d'une méthode encore exceptionnelle et qui mérite de devenir générale, je vais rapporter deux exemples de luxation où son emploi a été couronné du plus heureux succès.

Obs. I. Un homme, jeune encore et d'une constitution robuste, est surpris par un éboulement de terre dans une position telle, qu'il en résulte une luxation du bras gauche en bas et en avant. Tous les signes en sont manifestes : je m'abstiens de les décrire, et veux seulement signaler ici un phénomène commun à toutes les affections de ce genre. On sait que les mouvements d'élévation du bras luxé sont généralement assez faciles, tandis que ceux qu'on cherche à lui imprimer dans toutes les autres directions déterminent des douleurs intenses. Cette simple remarque n'est pas sans importance. Elle nous met sur la voie de la méthode la plus naturelle et la meilleure pour remédier à ces sortes de lésions.

Dans le cas dont il s'agit, la luxation de l'humérus était compliquée d'une contusion violente à l'épaule et à la poitrine, qui devait rendre la réduction plus difficile. Cependant, je procédai de la manière indiquée plus haut, et j'arrivai promptement, et presque sans efforts, à un bon résultat.

Le bras, dont le moindre mouvement arrachait des cris au malade, se laissa pourtant élever directement en haut, sans beaucoup de douleurs, et la réduction en fut opérée dans l'espace d'une minute à peine. Alors la tête de l'os, reprenant sa place, produisit un léger bruit de choc, moins fort, il est vrai, que dans les procédés ordinaires, mais toujours assez sensible pour qu'il ne m'ait échappé dans aucun cas. C'est donc à tort que certains auteurs ont soutenu l'opinion contraire.

Ce qui m'a si bien réussi pour les luxations de l'épaule, je l'ai fait avec un égal succès pour celles de la hanche, mais avec une modification importante qui, je crois, a été signalée pour la première fois par M. le docteur Desprez. Ainsi, après avoir mis, par la flexion de la cuisse sur le bassin, les muscles dans le relâchement, au lieu de chercher à vaincre leur résistance par la force, comme je l'ai vu faire tant de fois dans les hôpitaux de Paris, il m'a suffi d'imprimer au membre un léger mouvement de rotation en dehors pour que la réduction ait eu lieu. Voici un fait tout récent qui vient confirmer ce précepte.

Obs. II. Un homme tombe, d'un arbre, sur la partie externe du membre inférieur droit, se luxe la cuisse en haut et en dehors. De là, raccourcissement du membre, rotation en dedans du pied, flexion de la cuisse qui est portée dans l'adduction. Le grand trochanter est plus près de la crête de l'os des iles. Les mouvements d'abduction et de rotation en dehors sont impossibles; celui d'extension, borné et douloureux. La fesse est plus saillante que dans l'état sain. En un mot, on observe sur cet individu tous les caractères propres à cette espèce de luxation. Mais encore ici, comme pour la luxation de l'épaule, il n'est nullement question dans les auteurs de la facilité avec laquelle la cuisse peut être fléchie sur le bassin et exécuter en même temps un mouvement de rotation, ou plutôt de circumduction, qui ramène immédiatement la tête du fémur dans sa cavité naturelle. C'est le procédé que j'ai suivi dans ce cas, et qui m'a d'ailleurs très-bien réussi toutes les fois que j'y ai eu recours. En effet, on conçoit que dans des *luxations récentes*, la flexion plaçant la tête de l'os au niveau de la cavité cotyloïde, sur un point de son contour où le bord est peu saillant, et présentant un plan incliné assez adouci, la rotation en dehors et un léger degré d'abduction peuvent faire glisser la tête du fémur dans sa cavité articulaire. Mais en sera-t-il toujours de même ? « Quelques faits de luxations *anciennes* paraissent confirmer cette théorie, témoin le fait de ce malade qui, affecté depuis longtemps de luxation en haut et en dehors que l'on avait vainement tenté de réduire, la réduisit lui-même en fléchissant la cuisse à deux mains pour monter en voiture.» (Dictionnaire de médecine, 2e édit., article *Luxations*.)

D'après ce qui précède, on peut juger des avantages que présente cette méthode pour réduire les luxations les plus communes de la hanche et de l'épaule, les seules auxquelles j'aie eu occasion de l'appliquer jusqu'à présent. Mais tout porte à croire que dans les autres espèces de luxations des articulations orbiculaires, on en obtiendrait des résultats semblables. Il y aurait donc au moins négligence de la part du chirurgien à ne pas l'essayer d'abord dans tous les cas, sauf à revenir ensuite

aux procédés ordinaires, si l'on n'était pas assez heureux pour opérer la réduction à l'aide de ce moyen fort simple, et qui ne fait jamais courir de danger au malade.

LEBERT, D. M.
à Nogent-le-Rotrou.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ANÉVRYSMES (*Quelques précautions à prendre dans le traitement des*) *par la compression, et en particulier dans le traitement de l'anévrysme poplité.* En thérapeutique, il faut savoir faire son profit des revers comme des succès. C'est que les revers mettent souvent sur la voie de précautions qui avaient été négligées, ou dont la nécessité ne s'était pas fait sentir au moment où la méthode thérapeutique avait été instituée. Nous avons publié dernièrement un article sur le traitement des anévrysmes par la compression; nous avons signalé les circonstances dans lesquelles ce traitement paraît donner jusqu'ici les résultats les plus favorables; nous avons donné les moyens de l'employer; mais nous n'avions pas noté l'utilité d'un examen qui doit précéder l'application de cette méthode opératoire, nous voulons parler de l'examen attentif de l'état du tronc artériel, au-dessus du point où l'on doit pratiquer la compression. Un accident arrivé à M. Madden nous fait un devoir d'insister sur ce point. Ce chirurgien, appelé à traiter un anévrysme de l'artère poplitée assez volumineux et bien caractérisé, appliqua chez son malade, immédiatement au-dessous du pli de l'aine, l'instrument compresseur de Carte, dont nous avons donné la gravure. Cette application fit cesser instantanément les battements dans la tumeur. Deux jours après, il survint un peu de douleur et d'œdème. Le quatrième jour, ces phénomènes s'étaient amendés, et la tumeur avait notablement diminué de volume. Mais le cinquième jour, il survint de la fièvre avec de l'agitation, et le malade succomba, le neuvième jour, à la gangrène du membre, à la suite de douleurs très-vives. A l'autopsie, M. Madden trouva le sac anévrysmal qui était gros comme les deux poings, rempli de caillots parfaitement organisés et solides, au centre desquels il y avait cependant encore un petit canal rempli de sang liquide. Les instruments compresseurs n'avaient nullement intéressé l'artère au niveau du point comprimé, où l'artère était oblitérée par un caillot. Ce caillot n'occupait pas toute l'étendue de l'artère; il cessait à un pouce et demi au-dessus de l'anévrysme. Quel fut l'étonnement de M. Madden, lorsqu'en ouvrant l'abdomen, il reconnut l'existence d'un anévrysme de l'artère iliaque externe qui s'était ouvert dans le ventre! Certes, il n'est pas difficile de comprendre comment a eu lieu cette rupture de l'anévrysme iliaque. La compression a fait ici ce que la ligature a fait trop souvent, elle a augmenté la pression mécanique exercée par la colonne de sang sur le sac anévrysmal, et a déterminé la rupture, comme cela a eu lieu dans certaines opérations pratiquées par la méthode de Brasdor.

Mais on comprend que si M. Madden eût palpé avec soin l'abdomen dans tous les sens, s'il eût ausculté les divisions inférieures de l'aorte, il eût sans doute reconnu des battements appréciables avec une tumeur, et peut-être même un bruit de souffle caractéristique de la présence de l'anévrysme. Ce fait malheureux ne prouve rien, au reste, contre la méthode opératoire en elle-même; tout au contraire, car il a suffi de neuf jours pour obtenir la coagulation du sang dans un anévrysme très-volumineux. Ce fait répond encore à ceux qui disent que la compression agit en déterminant l'oblitération du tronc artériel, à partir du point comprimé jusqu'à l'anévrysme. Il y avait ici perméabilité de l'artère dans une étendue d'un pouce et demi au-dessus du sac anévrysmal, entre le sac et le point comprimé. La circulation se rétablit donc facilement au-dessus du sac anévrysmal oblitéré. (*Med. Times.*)

ARSENIC (*Remarques sur le traitement du chancre phagédénique et de quelques ulcères rebelles par l'*). M. le docteur J.-P. Tessier a publié récemment, dans la Gazette des hôpitaux, une observation d'ulcère phagédénique, guéri rapidement par l'action topique de l'arsenic; une lettre de l'interne de la maison d'accouchement d'où sortait la malade, publiée par le même journal, est venue prouver que le diagnostic porté par cet habile praticien était erroné; nous ne dirons donc rien du fait, et nous nous bornerons à citer les réflexions suivantes, qui terminent la communication de M. Tessier.

La première chose qui me frappa lorsque je fus chargé d'un service à l'hôpital de Lourcine, ce fut le nombre des malades traitées inutilement par le mercure à toutes les doses et sous toutes les formes, bien que les symptômes appartinssent à la période secondaire de la syphilis. Certaines malades étaient soumises à la médication mercurielle depuis six mois, d'autres depuis un an, d'autres enfin depuis dix-huit mois à deux ans. On avait beau faire, les éruptions syphilitiques résistaient. Devais-je conclure de ces faits que le mercure est un spécifique contre la syphilis? C'eût été par trop paradoxal. Devais-je en conclure que le mercure est le spécifique de la période secondaire de la syphilis? Mais les malades dont je parle présentaient les éruptions caractéristiques de la période secondaire, et ces accidents résistaient au mercure, ainsi qu'à l'iode et à l'iodure de mercure, depuis des mois et même depuis plus d'une année. J'en conclus simplement qu'il fallait chercher, pour certains malades, d'autres médicaments que le mercure et l'iode, et qu'il en était de la syphilis comme des autres maladies, où les prétendus spécifiques ne sont que des médications *fréquemment indiquées*.

A côté des syphilides rebelles, j'eus plusieurs fois l'occasion d'observer des chancres phagédéniques de vieille date, reposant à la face interne des grandes lèvres éléphantiaques. Je ne perdis pas mon temps à saturer de mercure les malades qui présentaient ces affections; d'ailleurs, ces moyens avaient déjà été employés plus ou moins longtemps, et toujours avec la même inutilité. Ces résultats, conformes à la pratique de l'hôpital du Midi, où l'on a renoncé au traitement du chancre phagédénique par le mercure, à cause de son inefficacité, m'engagèrent à changer le traitement.

Il m'était arrivé déjà plusieurs fois d'obtenir assez rapidement la cicatrisation de vieux ulcères scrofuleux ou herpétiques à l'aide de préparations arsenicales : je voulus tenter cette médication contre le chancre phagédénique. A cet effet, je fis préparer la poudre suivante :

Amidon en poudre. . .	1,000 parties.
Oxyde blanc d'arsenic.	1 —

Triturez longtemps et mêlez parfaitement.

Chaque jour j'insinuais, à l'aide d'une spatule la poudre arsenicale entre les deux lèvres, en isolant les deux surfaces ulcérées par une couche d'une à deux lignes. Je ne tardai pas à voir les ulcères se déterger, les bourgeons charnus se développer, les bords s'affaisser et se cicatriser, en même temps que l'engorgement éléphantiaque disparaissait. Chez quelques malades, il y eut de légères coliques; quelquefois aussi une partie de l'ulcère s'enflamma vivement. Je suspendais alors le traitement pendant plusieurs jours; quelques légères cautérisations avec le nitrate d'argent terminaient le traitement et servaient à régulariser les cicatrices. J'employai le même traitement dans quelques ulcérations blennorrhagiques du col utérin rebelles aux autres moyens. J'obtins plusieurs fois des guérisons rapides. Ce qui m'étonna vivement, c'est que plusieurs femmes ne purent supporter ces applications que quelques jours. Chez les unes, il se développait une vaginite fort vive et fort douloureuse; chez d'autres, des coliques, qui cessaient si l'on cessait le traitement, et reparaissaient si on le répétait.

Je me promis de suivre ces premiers résultats, qui me parurent fort remarquables. Depuis, ils se sont confirmés. Je traite habituellement par l'application de la poudre arsenicale au millième, ou par la solution aqueuse au millième, les ulcères rebelles des jambes, ceux du cou chez les scrofuleux. Lorsque l'inflammation est trop vive et que l'ulcère se creuse en présentant un fond grisâtre humide, je le fais panser avec un digestif simple, et la

cicatrisation se fait en général assez promptement. Depuis que j'ai quitté l'hôpital de Lourcine, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de traiter des chancres phagédéniques par la poudre arsenicale au millième, ou de la charpie imbibée d'une solution aqueuse équivalente. J'ai obtenu de nouveaux succès.

DENTS (*Nouvelle méthode pour traiter la carie des*). La plupart des auteurs, en proposant ces sortes de remèdes, ont borné leurs prétentions à calmer la douleur que provoque la carie dentaire. Le nouveau spécifique que M. Stokes recommande n'est pas seulement un odontalgique, il aurait encore pour résultat de détruire la portion cariée, et de faciliter ainsi le plombage de la dent. Voici le procédé que recommande le dentiste anglais : On introduit dans la cavité dentaire un mélange d'un vingtième de grain d'acide arsénieux, avec le double d'hydroclorate de morphine, et l'on introduit une petite boulette de coton imprégnée de créosote, que l'on enfonce jusqu'à ce qu'elle atteigne la partie sensible de la dent, puis on l'y maintient à l'aide d'un peu de cire ramollie. Vingt-quatre heures après cette application, on peut enlever la pulpe dentaire. Si ce curage de la dent causait quelque douleur, on le suspendrait pour ne le recommencer qu'après avoir renouvelé l'introduction du mélange arsenical. On tamponne ensuite la cavité dentaire avec de l'or ou d'autres substances, suivant les procédés ordinaires. (*Medical Times*.)

FRACTURE *de la jambe* (*Bons effets de la section du tendon d'Achille, dans quelques cas de*). Il est quelques cas de fractures de la jambe, dans lesquels, soit par suite du désordre qui a eu lieu dans les parties molles, soit à cause du siége et de la nature de la fracture, non-seulement il y a déplacement considérable, mais encore la réduction est rendue à peu près impossible, soit par la rétraction spasmodique du tendon d'Achille, soit par les contractions convulsives dont ce tendon peut devenir le siége. Contre ces contractures, contre ces mouvements spasmodiques et convulsifs des muscles du mollet, les chirurgiens français ont fait souvent l'application de la ténotomie; et nous-même, nous avons rapporté dans ce journal, il y a quelques années, un fait curieux de fracture du péroné et du calcanéum, avec contracture des muscles péroniers latéraux et gastro-cnémiens, dans lequel M. A. Bérard a fait avec succès la section sous-cutanée du tendon d'Achille. Cette pratique est donc à peu près généralement reçue de nos jours. Toutefois quelques chirurgiens se font encore scrupule d'y avoir recours, dans la crainte de retarder le travail de consolidation de la fracture. Nous croyons donc utile de faire connaître quelques faits intéressants qui ont été communiqués à la Société chirurgicale de Londres, par le docteur Campbell de Morgan. Le premier de ces faits est relatif à un homme de quarante ans, qui fit une chute pendant qu'il était ivre, et se fractura les deux os de la jambe. La fracture du tibia s'étendait à travers les deux malléoles; le pied était fortement entraîné en dehors. Ce fut en vain que l'on voulut réduire la fracture: au plus léger mouvement, à la moindre tentative, les muscles entraient dans une contraction spasmodique telle, que le pied était roulé en dehors, et que la peau qui recouvrait la base du tibia semblait sur le point de se rompre. Ces symptômes se prolongeaient depuis vingt-quatre heures, lorsque M. Shaw songea à pratiquer la section du tendon d'Achille, qui était très-fortement tendu. Immédiatement après cette section, la réduction fut facile, et aucun accident ne vint compliquer le traitement. Dans un second cas, chez une femme de soixante-six ans, également affectée d'une fracture des deux os de la jambe immédiatement au-dessus du cou-de-pied, et chez laquelle la réduction du tendon d'Achille était également un obstacle à la réduction, la ténotomie permit de réduire. Un mois après, l'écartement des deux portions du tendon était entièrement comblé. Six semaines après l'accident, la malade pouvait marcher avec des béquilles. Le pied ne présentait aucune difformité.

Le mémoire de M. Morgan a donné lieu, dans le sein de la Société médico-chirurgicale de Londres, à une discussion, à laquelle ont pris part surtout MM. Hawkins et Erichsen. Le premier a posé comme règle générale que, toutes les fois que des spasmes musculaires, survenus dans les premiers jours qui suivent une

fracture, peuvent compromettre le succès et retarder la guérison, il n'y a pas à hésiter; il faut pratiquer la ténotomie, et qu'il n'y a pas à se préoccuper de l'allongement exagéré du tendon, qu'il n'a jamais observé dans des cas de ce genre. Il s'est demandé si l'on ne pourrait pas employer la ténotomie pour obtenir le rapprochement et la consolidation, dans le cas de fracture de la rotule, où il est si difficile d'obtenir une réunion immédiate. De son côté, M. Erichsen, rappelant les faits de M. Bonnet, de Lyon, qui a souvent divisé le tendon d'Achille, dans les cas de maladie du cou-de-pied, où il était indispensable d'obtenir un repos absolu, a rappelé des tentatives, faites avec succès à l'hôpital de Dublin, pour obtenir la réduction de la luxation de l'astragale, et pour combattre le principal obstacle à cette réduction, qui se trouve dans le rapprochement forcé du calcanéum, entraîné vers le tibia par la rétraction du tendon d'Achille. — Tout en pensant, avec la plupart des chirurgiens dont nous venons de rappeler l'opinion, qu'il est des cas dans lesquels la section sous-cutanée des tendons peut être utile pour faciliter la réduction des fractures, même des luxations, nous croyons que l'introduction du chloroforme dans la pratique chirurgicale, et dans le traitement de ces accidents en particulier, est appelée à restreindre beaucoup le nombre des cas où la ténotomie est indispensable. Le relâchement du système musculaire, qui succède à l'anesthésie, doit faire cesser, dans l'immense majorité des cas, la rétraction spasmodique des parties qui entourent la fracture; nous avons, nous-même, été témoin dans plusieurs hôpitaux, notamment à l'hôpital Beaujon, service de M. Huguier, de réductions, à l'aide du chloroforme, de fractures des deux os de la jambe, que la contraction spasmodique des muscles et l'imbrication des fragments eût certainement rendues impossibles sans cette circonstance.

HUILE (*De l'*), *comme excipient du collyre au sous-acétate de plomb, pour le traitement de quelques affections oculaires.* Il ne s'agit nullement ici, comme l'indique assez ce titre, d'un médicament nouveau; tant s'en faut, car il en est peu d'aussi efficace et d'aussi bien éprouvé. Il s'agit tout simplement, et la chose n'est pas indifférente, d'un mode particulier d'application de l'acétate de plomb qui, au dire de M. Deval, tout à fait compétent en cette matière, aurait encore l'action astrictive fibrillaire déjà si développée de cet agent, en même temps qu'il permet de s'en servir à des doses infiniment plus fortes que celles sous lesquelles il a été usité jusqu'à ce jour. Ce nouveau mode d'application consiste à associer le sous-acétate plombique à l'huile d'olive. Voici quelle est la formule de l'auteur :

Pr. Sous-acétate de plomb liquide............ 6 grammes.
Huile d'olives........ 8 grammes.

Mêler et agiter la bouteille avant de s'en servir.

Appliqué sur l'organe affecté, le soir, le collyre filtre peu à peu à travers la fente inter-palpébrale et fait sentir, durant toute la nuit, son influence. Au moment du coucher, le malade y trempe trois petites compresses, de forme ovalaire, et ayant les dimensions des paupières supérieure et inférieure réunies; ces compresses sont placées sur les paupières, l'une par-dessus l'autre; une quatrième pièce de linge, un peu plus grande, est posée sur les trois rondelles; le tout est maintenu en place par un léger tampon de coton ou de charpie mollette et par une bande. Le matin, l'appareil est enlevé, et des lotions sont pratiquées sur les yeux avec quelque liquide résolutif. M. Deval se contente, le plus souvent, de prescrire de l'eau tiède additionnée de quelques gouttes d'eau-de-vie ou d'alcool camphré. — L'huile a-t-elle figé sous l'influence du froid, on lui rend sa consistance primitive en l'exposant à une douce chaleur.

M. Deval rapporte des observations de conjonctivite granuleuse, de conjonctivite chronique avec kératite, d'ophthalmie granuleuse, de conjonctivite avec kératite et blépharospasme, avec pannus, etc., guéries ou améliorées rapidement par l'application du collyre au sous-acétate de plomb. Il dit aussi être parvenu, à l'aide de ce moyen, à amender des néphélions, d'une manière très-satisfaisante. Mais c'est dans les conjonctivites chroniques, surtout, qu'il en a obtenu les meilleurs résultats; elle lui a paru insuffisante, du moins au début, contre les granulations ancien-

nes, volumineuses, qui réclament un traitement plus actif, l'emploi de la méthode de M. Buys, par exemple. (*Abeille médicale*, janvier 1850.)

HUILE DE FOIE DE MORUE (*Sur quelques accidents qui paraissent accompagner l'emploi de l'*). Nous ne sommes pas de ceux qui professent un enthousiasme aveugle pour un moyen thérapeutique quelconque. Nous avons fait connaître, des premiers, les bons effets de l'huile de foie de morue dans la phthisie pulmonaire. Nous l'avons employée nous-même; depuis, d'autres l'ont employée également avec un certain succès. Il serait possible, cependant, que ce moyen eût des inconvénients, comme il a des avantages incontestables. Nous croyons encore servir la science, en donnant de la publicité aux reproches adressés à ce médicament, par M. Benson, un des médecins de l'hôpital de Dublin. Il paraîtrait que, dans quelques cas de phthisie pulmonaire, ce médecin aurait observé, par suite de l'emploi de l'huile de foie de morue, une tendance particulière à la congestion, même à l'inflammation du tissu pulmonaire. A l'autopsie, il aurait trouvé le poumon congestionné, et hépatisé, non-seulement au voisinage des tubercules, mais encore dans presque toute l'étendue des deux poumons. A la rigueur, on pourrait se rendre compte de ces effets particuliers de l'huile de foie de morue. Pour arrêter l'amaigrissement, pour rétablir l'embonpoint, pour rendre à la peau sa coloration normale, il faut nécessairement que l'huile de foie de morue active la circulation et la nutrition. Ce surcroît d'activité pourrait donc se traduire, en certains cas, en un état de congestion, même d'inflammation du tissu pulmonaire. Mais, d'un autre côté, n'observe-t-on pas, même fréquemment, ces divers états du tissu pulmonaire chez des sujets qui n'ont pas pris d'huile de foie de morue? La question n'est donc pas définitivement jugée. Nous avons cru devoir appeler l'attention de nos lecteurs sur ce point, à la fois pour qu'ils vérifient l'exactitude des observations de M. Benson, et pour qu'ils surveillent avec soin l'état des organes pulmonaires, chez les phthisiques qu'ils soumettront à l'emploi de l'huile de foie de morue. (*Dublin medical Press.*)

HYDRARGYRIE, *ou éruption mercurielle chez les enfants, résultant de l'application d'onguent ou d'emplâtres mercuriels.* L'éruption mercurielle désignée sous le nom d'hydrargyrie, que l'on avait cru d'abord particulière aux adultes, faute sans doute d'avoir eu l'occasion de l'observer chez les enfants, est non-seulement susceptible de se manifester chez ces derniers, mais elle paraît même y être plus fréquente et plus facile à produire. C'est du moins ce qui résulte des observations de M. C. Baron, qui vient de publier sur ce sujet un travail intéressant auquel nous emprunterons les principaux traits de cette maladie encore peu connue en France. En effet, tandis que sur une quarantaine de cas d'application de l'emplâtre de Vigo chez les adultes varioleux, M. Briquet n'a observé que trois fois l'hydargyrie, que sur un nombre plus considérable, MM. Gariel et Nonat ne l'ont point observée du tout; M. Baron l'a vue survenir cinq fois sur quatorze enfants varioleux traités par les onctions mercurielles sur la face; et sur un petit nombre de sujets du même âge auxquels MM. Rilliet et Barthez ont vu faire l'application de l'emplâtre de Vigo dans les mêmes circonstances, ils ont observé l'hydrargyrie quatre fois. Il paraîtrait encore résulter des observations de M. Baron, que ce n'est pas seulement dans le traitement de la variole par les onctions mercurielles que l'hydrargyrie a plus de tendance à se produire chez les enfants que chez les adultes; car il rapporte deux cas d'hydrargyrie survenue chez des enfant, traités par le calomel et les frictions mercurielles, l'un pour un croup, l'autre pour une hépatite. Les faits qu'il a observés s'accordent avec l'opinion d'Alley, qui a le premier fait connaître cette maladie en Angleterre, relativement à l'influence du sexe sur le développement de l'hydrargyrie. A l'exception d'un cas, il n'a rencontré l'éruption mercurielle que chez des garçons, bien qu'il ait vu traiter sept filles varioleuses par les onctions mercurielles, tandis que sur le même nombre de garçons varioleux soumis à ce traitement, quatre ont été atteints de cet accident.

L'éruption mercurielle, loin d'être

circonscrite aux points de contact de l'onguent mercuriel, ainsi que l'avaient avancé quelques auteurs, s'est constamment montrée générale, bien que dans tous ces cas l'onguent mercuriel n'ait été appliqué que dans une région limitée de la surface cutanée; il est même digne de remarque qu'elle était moins apparente à l'endroit où les frictions avaient été pratiquées qu'à toutes les autres régions du corps. L'aspect de cette éruption, consistant en petites plaques rouges, disséminées sur toute la peau, rappelle assez bien celui de la rougeole; elle ne s'est cependant pas montrée toujours identiquement la même; ainsi, tandis que chez les jeunes varioleux elle offrait toute l'apparence de la rougeole, chez l'enfant qui fut traité par les frictions mercurielles à la région du foie, pour une hépatite, les plaques rouges furent généralement plus larges que chez les autres. Dans quelques cas l'apparition des plaques fut précédée d'un pointillé semblable à celui que l'on voit au début de la scarlatine. C'est à la paroi abdominale que l'éruption était ordinairement le plus marquée. La desquammation se présente tantôt sous l'aspect de débris de vésicules; d'autres fois elle s'opère par larges lamelles; elle commence avant la complète disparition de la rougeur, et elle dure beaucoup moins longtemps qu'on ne le voit dans la scarlatine.

L'éruption ne s'est accompagnée dans aucun cas de prurit, de cuisson, ni d'aucune autre sensation désagréable à la peau; ni, ce qui est beaucoup plus digne de remarque, de ptyalisme ou de stomatite. Le seul symptôme de réaction qui paraisse lié à l'éruption, est la fièvre; encore s'est-elle montrée très-légère dans la plupart des cas, et de un à deux jours de durée seulement. Dans un seul cas l'hydrargyrie s'est développée pendant la durée même du traitement mercuriel. Dans tous les autres cas, il y a une période d'incubation dont la durée a varié de trois à dix jours. La durée de l'éruption a été en général de trois à six jours.

Cette affection peut être considérée comme assez bénigne; elle s'est montrée telle, du moins, dans les cas observés par M. Baron. La cessation des frictions mercurielles, la limonade ou la tisane de mauve, une simple diminution des aliments, lorsqu'il n'y avait pas de fièvre, la diète dans le cas de fièvre, ont suffi pour la voir se résoudre, sans autres accidents ni complications fâcheuses.

Les observations de M. Baron confirment enfin celles des auteurs, et en particulier celles d'Alley, relativement à l'influence du mode d'administration du mercure sur la production de l'hydrargyrie. L'hydrargyrie n'a été observée jusqu'ici que comme conséquence de l'application des préparations mercurielles sur la peau. Il est digne de remarque, en effet, qu'en Angleterre, où l'on fait un si fréquent usage intérieur du calomel chez les enfants, l'hydrargyrie y soit si rare, et n'y ait encore été signalée que dans les circonstances que nous venons de rappeler. (*Gazette méd.*, janvier 1850.)

OPHTHALMIE SCROFULEUSE (*Effets avantageux de l'emploi du sulfate de bébérine dans le traitement de l'*). Nous avons fait connaître, dans un de nos derniers numéros, les bons effets que l'on pourrait obtenir du sulfate de bébérine, comme succédané du sulfate de quinine. La bébérine paraît aussi posséder les mêmes propriétés toxiques que la quinine. M. Douglas Maclagan l'a donnée comme tonique, et il s'en est bien trouvé. M. H. Llewellyn Williams propose, à ce titre, de la substituer au sulfate de quinine, dans le traitement de l'ohpthalmie scrofuleuse. On sait, en effet, que dans le traitement de cette espèce d'ophthalmie, on se trouve bien de joindre au traitement local antiphlogistique, révulsif et modificateur, un traitement général destiné à agir sur la constitution des malades qui sont atteints de cette ophthalmie. Mackenzie et Lawrence ont fortement recommandé, dans des cas de ce genre, le sulfate de quinine. Il résulte des faits rassemblés par M. Llewellyn que, en donnant à des enfants affectés d'ohptbalmie scrofuleuse, 10 centigrammes, matin et soir, de sulfate de bébérine, en même temps qu'on emploie le traitement local ordinaire, on hâte la terminaison de la maladie. — Nous faisons des vœux pour que la bébérine soit expérimentée dans nos hôpitaux, et nous regrettons que les médecins français se laissent ainsi distancer, dans les recherches thérapeutiques, par leurs confrères

d'outre-Manche. (*Provincial journal.*)

RHUMATISME (*Emploi du jus de citron dans le traitement du*). Les médecins connaissent, depuis un temps immémorial, les effets antiphlogistiques des acides végétaux; ainsi, il est presque traditionnel parmi eux de prescrire l'emploi de la limonade comme tisane dans les maladies aiguës; mais nous pensons que jusqu'à ce jour personne n'avait songé à donner le suc ou le jus de citron, comme base d'une médication antiphlogistique. M. Rees s'est livré à quelques expériences à cet égard; et bien que nous ne puissions adopter entièrement ses idées sur le traitement du rhumatisme, contre lequel nous possédons aujourd'hui des médications très-efficaces, il nous a paru que nos lecteurs trouveraient de l'intérêt dans des résultats qui montrent le parti que l'on peut tirer des sucs végétaux acides comme antiphlogistique. M. Rees a choisi le rhumatisme comme un type des maladies inflammatoires, et il a trouvé que, en administrant le suc de citron à la dose d'une demi-once à une once, trois fois par jour, on obtenait des effets sédatifs très-marqués sur la circulation. Dans un cas où le pouls était à 120, et très-plein, il est tombé, après vingt-quatre heures de ce traitement, à 75, et il a, en même temps, beaucoup perdu de sa force. Dans un autre cas, le pouls, qui était à 110 au moment de l'administration du jus de citron, tombe à 100 en deux jours, et à 74 après quatre jours de traitement. Il paraît même que cette action dépressive sur le système circulatoire peut s'exercer, dans l'état normal, chez des sujets bien portants. Un élève, qui avait pris trois onces de jus de citron en trois fois, pendant trois jours consécutifs, vit, à la cinquième dose, le pouls tomber de 75 à 70, en même temps qu'il avait perdu de sa force, et à la fin de l'expérience, le pouls était à 70, très-petit et très-dépressible. Quant à l'emploi de cette médication dans le rhumatisme, nous ne croyons pas que les faits rapportés par M. Rees soient assez nombreux pour qu'on puisse recourir exclusivement à cette médication dans cette maladie. Ainsi que nous l'avons dit, on possède aujourd'hui des médications très-efficaces; et d'ailleurs un très-grand nombre de personnes ne pourraient continuer longtemps l'usage des acides, sans être prises d'agacement de l'estomac, même d'accidents gastralgiques; mais il n'en est pas moins bon de connaître l'action dépressive du jus de citron sur le système circulatoire.

SANTONINE (*De la*) *considérée comme fébrifuge*. Nous avons appelé plusieurs fois l'attention de nos lecteurs, sur la santonine. Les propriétés thérapeutiques du principe actif du semen-contra ne se borneraient pas à une action vermifuge remarquable, il posséderait en outre, selon M. Bouchardat, une efficacité incontestable contre certaines fièvres intermittentes. A l'appui de l'action fébrifuge de la santonine, cet auteur rapporte la communication suivante, de M. Maigrou. « Je viens soumettre à votre expérience un remède que j'ai vu employer pendant quinze années avec succès, contre les fièvres tierces, et qui n'a jamais manqué de produire une prompte guérison, même sur les malades qui avaient en vain épuisé les secours de l'art et de la quinine. Non-seulement cet antipériodique puissant est préférable à la quinine, parce qu'il guérit immanquablement, mais il lui est encore préférable par sa bénignité et la modicité du prix. Pour un homme fait, faire bouillir dans un verre d'eau 5 grammes de semen-contra entier, laisser bouillir jusqu'à réduction de moitié (pas tout à fait). Avant de retirer du feu, ajoutez 15 grammes de mousse de mer (dite mousse de Corse), et laissez infuser douze heures. Après ce temps, passez, sucrez bien, et faites boire tiède le matin à jeun; une demi-heure après, prendre un petit potage. Il faut prendre le remède cinq jours de suite et jusqu'à huit jours, si la fièvre s'obstine, ce qui est excessivement rare, car ordinairement le remède guérit dans trois jours. Il est essentiel de ne pas prendre de laitage durant la prise de ce remède. D'après le sexe et l'âge, il faut diminuer la dose par grammes, ce que le médecin fixera. J'engage beaucoup à ce que le remède soit préparé par un pharmacien, car d'un remède bien fait dépend la réussite. (*Répert. de pharmacie*, février 1850.)

TOILE D'ARAIGNEE. *De sa valeur*

thérapeutique dans les fièvres intermittentes. S'il importe aux intérêts de l'art de multiplier les ressources dont il peut avoir à disposer, il n'est pas moins utile de réduire à leur juste valeur cette foule de moyens d'une efficacité équivoque, qui ne font qu'encombrer la matière médicale et jeter la perplexité dans l'esprit des praticiens. Parmi les nombreux agents prétendus antipériodiques proposés, à ce titre, comme succédanés du quinquina, il en est beaucoup dont l'action est plus que douteuse, et dont la réputation n'est fondée que sur la curabilité naturelle de certaines fièvres intermittentes. On peut, sans craindre de rencontrer un grand nombre de contradicteurs, ranger dans cette catégorie la toile d'araignée, dont l'emploi a été préconisé par quelques praticiens. Placé dans des conditions favorables pour ce genre d'épreuve, M. le docteur René Vanoye a voulu soumettre cet agent au critérium de sa propre expérience. Voici les résultats qu'il en a obtenus : il a prescrit la toile d'araignée sous forme pilulaire, sans autre addition que celle d'une quantité suffisante de poudre d'althéa et de sirop, et à des doses qui ont varié de 30 centigrammes à 2 grammes, à neuf malades affectés de fièvre intermittente, dont cinq avaient une fièvre tierce, trois une fièvre quotidienne, et un une fièvre quarte. Chez les cinq premiers malades, l'effet lui a paru complétement nul ; seulement, chez un seul sujet qui n'avait pas encore subi d'autres traitements, les accès furent intervertis et semblèrent plus faibles après quelques jours ; mais ils ne tardèrent pas à reprendre bientôt leur intensité première, malgré la continuation du remède. Celui-ci fut continué chez tous au moins pendant une dizaine de jours, et remplacé après par la quinoïdine ou l'arsenic, qui ne tarda pas à enlever la maladie.

Chez l'individu affecté de fièvre quarte, la toile d'araignée présenta la même inefficacité. Le seul effet constaté fut une légère diminution dans le stade de chaleur. Après quinze jours environ de traitement inutile, on eut recours à l'arsenic, auquel la fièvre ne tarda pas à céder.

Des trois individus offrant la fièvre quotidienne, un seul fut guéri après quatre jours de traitement par la toile d'araignée ; le second fut débarrassé de ses accès après cinq jours, mais eut une récidive quatre jours plus tard ; enfin le troisième ne ressentit pas le moindre effet du médicament. Après avoir insisté longtemps et inutilement sur l'emploi de ces pilules chez les deux derniers malades, ils furent promptement guéris au moyen de la quinoïdine.

On voit, d'après ces faits, que les seuls cas dans lesquels la toile d'araignée ne s'est pas montrée complétement inefficace, sont des cas de fièvres intermittentes quotidiennes, c'est-à-dire celles qui guérissent le plus aisément sous l'influence de quelque moyen que l'on emploie, ce qui revient à peu près à dire celles qui guérissent d'elles-mêmes.

Nous n'ignorons pas qu'il existe dans les annales de la science quelques faits qui paraissent établir que des accès de fièvre intermittente de types plus rebelles, tierces ou quartes, ont cédé sous l'influence de l'emploi de ce moyen. Mais, outre que la preuve de l'efficacité d'un antipériodique est toujours très-difficile à administrer, à moins qu'il n'ait été expérimenté sur une large échelle, et dans des cas de fièvres intermittentes paludéennes non équivoques, on conviendra, en acceptant les faits de guérison connus comme parfaitement légitimes, qu'un moyen qui se montre aussi souvent réfractaire ne mérite guère la confiance des praticiens. (*Annales de la Société de Roulers*, neuvième livraison.)

UTÉRUS (*Emploi topique de l'iode dans le traitement des ulcérations du col de l'*). Au moment où l'attention est particulièrement fixée sur les maladies de l'utérus, nous croyons qu'il n'est pas sans intérêt pour nos lecteurs de connaître une préparation dont M. Churchill, le célèbre accoucheur de Dublin, s'est servi avec succès dans le traitement des congestions, des érosions et des ulcérations du col de l'utérus ; nous voulons parler de l'emploi topique de l'iode. En effet, indépendamment de propriétés caustiques, suffisantes dans les cas de ce genre, l'iode a une action résolutive qui peut être utilisée aussi efficacement contre les engorgements de l'utérus que contre les affections chroniques externes, que l'on traite avantageusement, tous les jours, avec ce moyen. Nous nous rappe-

lons avoir vu M. Récamier employer des pommades iodurées, résolutives. Mais la préparation de M. Churchill s'éloigne, à certains égards, de celle de ces pommades qui ne sont pas caustiques. Voici la composition de la préparation mise en usage par M. Churchill.

PR. Iode pur.................. 30 gr.
Iodure de potassium..
Eau distillée......... } ãã 60 gr.
Esprit-de-vin rectifié.

M. Churchill commence habituellement le traitement des affections du col par l'application de l'acide nitrique ou du nitrate acide de mercure; puis il passe, quelques jours après, à l'emploi de la solution iodée, avec laquelle, portée sur un pinceau, il barbouille le col tout entier. Cette application est répétée une ou deux fois au plus par semaine; plus souvent, elle augmenterait l'inflammation au lieu de la diminuer. Après une ou deux applications, le col semble diminuer de volume: il a perdu sa sensibilité, les érosions ont diminué d'étendue, et ont pris un aspect favorable. Il faut au moins deux mois pour obtenir la résolution de l'engorgement et des ulcérations, dans le cas où la congestion est considérable. M. Churchill continue ses applications d'iode sur le col un certain temps après la guérison, en les éloignant de plus en plus. (*Med. Times.*)

VARIÉTÉS.

—

Des conseils d'hygiène publique et de salubrité au double point de vue de l'initiative de l'administration et du concours de la science.

Il semble qu'enfin le gouvernement veuille réaliser un vœu depuis longtemps exprimé par le corps médical, en dotant chaque département de conseils d'hygiène publique et de salubrité. Depuis longtemps déjà cette institution existe dans les chefs-lieux de département; mais si l'on en excepte Paris, où les conseils d'hygiène et de salubrité donnent de temps à autre signe de vie, on ne voit pas bien les résultats qu'ils ont produits, et ils semblent plutôt un luxe d'administration, qu'une application scientifique utile. En étendant le bénéfice de cette institution aux chefs-lieux d'arrondissement et aux chefs-lieux de canton, en d'autres termes, en démocratisant cette institution, la rendra-t-on plus féconde, lui fera-t-on produire les fruits qu'on lui a jusqu'ici vainement demandés? C'est là une question dont le temps seul donnera la solution. Ce qui rend pour moi cette solution incertaine, c'est que le concours des médecins, d'une absolue nécessité en pareille matière, devra être provoqué, dirigé, réglementé même par l'administration, et que je ne sais pas si cette direction sera suffisamment intelligente. D'un autre côté, si l'on veut sérieusement que cette institution sorte des nuages d'une vaine philanthropie, et qu'elle vive et fonctionne au profit réel des populations, il faut que les médecins se pénètrent à l'avance de l'importance des questions qu'ils seront chargés de résoudre, et qu'ils apportent à la solution de celles-ci tout le zèle dont ils sont capables.

J'ai pensé, monsieur le rédacteur, que, dans un moment où une foule de médecins, nommés membres de ces conseils, se préoccupent de la mission nouvelle qui leur est imposée, il pourrait n'être pas complétement inutile de considérer cette mission au double point de vue de l'initiative de l'administration et du concours de la science; ce sera pour moi, si vous le permettez, la matière de quelques réflexions, et l'objet même de cette lettre.

imbue du vieux préjugé, que la médecine est une science toute de conjecture, l'administration, en général, dans quelque ordre de rapports qu'elle embrasse, subit plutôt qu'elle n'appelle le concours des médecins dans les questions qui sont du ressort de la science. Il y a à cela bien des raisons, qu'il est inutile d'énumérer, mais au fond desquelles on trouve toujours une ignorance à peu près complète des choses. Toutefois, quand il s'agit d'hygiène publique, quand il s'agit en particulier de l'amélioration du sort des classes nécessiteuses de la société, au point de vue de cette science, une foule de questions se présentent immédiatement, qui, pour être saisies et posées, ne demandent point une connaissance spéciale de la science à laquelle se rattachent ces questions; ce sont des *desiderata* qui frappent tous les yeux, et sur lesquels tout le monde peut appeler l'attention des hommes compétents. La seule notion qu'on serait en droit d'exiger à cet égard de la part de l'administration, c'est qu'elle comprît que, dans l'ordre de la science, les études doivent être faites d'une manière méthodique, et se régler sur les rapports mêmes des choses qu'il s'agit d'étudier. Quand on étudie le programme des questions soumises aux lumières des membres des comités déjà constitués, on est frappé tout d'abord de la confusion qui règne dans l'économie de ce programme, et, suivant une fameuse formule révolutionnaire, là aussi il faudra faire de l'ordre avec du désordre; mais, à mon sens, cette méthode est bien chanceuse. Il y aurait bien d'autres reproches à faire à ce programme; nous ne lui en adresserons plus qu'un, que celui-ci : on demande aux comités des documents sur la mortalité des populations et, de plus, sur les causes de cette mortalité ; mais, en posant ces questions, on semble imposer à ceux à qui on les adresse de les résoudre immédiatement. Que dans la sphère purement administrative on ignore que l'étiologie, en matière de pathogénie, est un des problèmes les plus ardus, les plus obscurs de la science, nous le comprenons ; mais qu'on ignore que, pour résoudre un tel problème, il faille recueillir une foule de documents, et que la vérité ne peut sortir que de l'élucubration patiente de ces documents lentement amassés; qu'une réponse immédiate, par conséquent, à une telle question est tout simplement impossible, voilà ce qui ne pouvait être prévu. Plus on doit applaudir à la pensée généreuse qui a conduit le gouvernement à l'institution de comités de salubrité, qui embrassent la France tout entière, et plus on doit regretter que l'administration, chargée de réaliser cette institution, ne se soit pas entourée de toutes les lumières qui pouvaient la diriger dans cette voie nouvelle : l'Académie de médecine, à laquelle ressortissent naturellement les questions de cet ordre, devait être consultée tout d'abord, et dresser le programme si important des questions qu'il s'agit de résoudre : ce qui eût légitimé cette intervention, ce n'est pas seulement la science variée des membres qui composent ce docte corps; c'eût été surtout l'expérience qu'elle eût apportée dans les questions spéciales qu'il s'agit de résoudre. Ainsi que je l'ai dit en commençant, il y a longtemps que les médecins ont compris l'utilité de comités de salubrité, placés comme des sentinelles vigilantes sur tous les points du territoire; et M. Lelut pouvait hardiment revendiquer la priorité de cette idée, ainsi qu'il l'a fait dernièrement dans son petit *Traité de la santé du peuple*, car c'était la pensée de tous les médecins. Aussi bien, une foule de médecins, ne prenant conseil que d'eux-mêmes, et devançant, par un dévouement

volontaire, la mission qu'on leur impose aujourd'hui, ont-ils tracé de larges et profonds sillons dans le champ qu'il s'agit de défricher. Où sont les documents qui résultent de ces travaux partiels ? dans les annales de la science, ou dans les archives de l'Académie de médecine. C'était là une raison de plus pour consulter au moins cette docte assemblée, qui, à divers titres, eût préparé heureusement la solution des problèmes posés.

Je n'en dirai pas davantage sur ce point, monsieur le rédacteur, bien qu'il offrît matière à des réflexions bien plus étendues, et passerai immédiatement au second point de vue, sous lequel cette intéressante question doit être envisagée.

Ce que n'a point fait, ce que n'a pu faire l'administration, en suivant la ligne qu'elle a suivie, il faut que les médecins le fassent; c'est-à-dire qu'ils doivent résolument corriger, réformer le programme qui leur est soumis, dans ce qu'il a de défectueux et de contraire à la logique de la science. Entendons-nous bien cependant sur ce point : bien que vos lecteurs, monsieur le rédacteur, aient peut-être remarqué que je n'ai pas précisément le tempérament révolutionnaire, je ne voudrais pas cependant, si peu que ma voix ait d'écho, qu'une parole mal comprise paralysât un seul dévouement, et servît de prétexte à un seul médecin, pour refuser son concours à l'administration dans une innovation à laquelle tout ce qui sent battre quelque chose au-dessous de la mamelle gauche, a hautement applaudi. Lors donc que je parle de concours conditionnel, de révision des questions posées, ma pensée ne va point au delà des problèmes dont la solution ne saurait évidemment sortir que de documents patiemment, lentement recueillis. A plus forte raison renfermé-je dans ce cadre resserré les questions qui, jusqu'ici, ont résisté aux recherches les plus laborieuses et en même temps les plus éclairées. Telles sont, par exemple, la plupart des questions d'étiologie; celles de contagion, dans les maladies où ce caractère particulier est contestable; d'antagonisme morbide, en tant qu'il s'agit, par exemple, des rapports affirmés récemment entre la variole, la fièvre typhoïde et la phthisie, etc. Il est évident que, dans les questions de cet ordre, les médecins doivent apporter la plus grande circonspection, et, si pressante que se montre l'administration à cet endroit, ils ne doivent point aller plus vite que ne le permet la logique de la science.

Il n'en est pas de même d'une foule de questions secondaires qui sont également soumises aux lumières des comités, et qui se rattachent à des influences locales, dont le danger, pour les populations comprises dans la sphère d'action, est depuis longtemps démontré. Ici, quand le péril est manifeste, les médecins doivent se montrer très-explicites dans leurs rapports. Dans cette catégorie de questions, il en est une, surtout, qu'à mon sens l'administration ne met pas suffissamment en lumière : c'est celle qui est relative à l'insalubrité des logements des classes pauvres, même en dehors des grands centres manufacturiers. Il paraît que, dans les hautes régions du pouvoir, on s'occupe sérieusement de cette question : il en est peu, en effet, qui soient aussi importantes. Ce n'est pas seulement une question de salubrité; la moralité même des masses y est impliquée à un haut degré. Ces masures ouvertes à tout vent, ou ces chambres sans air, où semble se faire une expérience perpétuelle sur l'asphyxie lente, appartiennent en général à des hommes sordides, qui spéculent ainsi sur la misère et l'apathie de leurs semblables; il faut que les médecins, chargés de constater ces désordres,

les signalent hardiment, énergiquement, persévéramment. Quand une vérité de cet ordre aura été proclamée unanimement par la voix de tous les comités de la France, elle domptera les résistances les plus opiniâtres, et apportera avec elle le remède du mal qu'elle aura signalé. Voilà la véritable fraternité. Laissons-en beugler le mot; faisons-en la chose.

Je n'ai fait, dans cette lettre, qu'effleurer une question dont, à l'heure qu'il est, une foule de médecins se préoccupent avec raison. J'eusse pu m'étendre beaucoup plus longuement que je ne l'ai fait sur certaines parties capitales de ce sujet intéressant; je ne l'ai point voulu, parce que je suis convaincu que beaucoup d'entre nos confrères ont saisi la plupart des difficultés que j'ai signalées. Aller plus loin serait donc m'exposer à dire ce que tout le monde pense. Je m'arrête donc ici; mais permettez-moi, en finissant, monsieur le rédacteur, de rappeler encore une fois le conseil que j'ai donné plus haut, et qui est relatif à la circonspection que nous devons tous apporter dans la solution de certaines questions qui nous sont ou nous seront proposées : la dignité de la France y est intéressée au premier chef, car la contradiction suivrait une affirmation prématurée. Sachons ainsi, à cet égard, résister à l'empressement de l'administration qui ferait du zèle avec nos conclusions trop hâtives, et ne nous payerait que comme on paye toute sottise, en se moquan de nous. MAX. SIMON.

Conservation des plantes pour herbier, par M. GANNAL. — Dans une herborisation, je range successivement mes plantes dans des feuilles de papier gris qui absorbent immédiatement l'eau d'interposition (de pluie ou de rosée). Dans cet état, les plantes peuvent se conserver vingt-quatre heures sans altération aucune. Le lendemain, je les place dans du papier très-sec, puis je les dépose dans un appareil de mon invention, où elles se sèchent complétement en vingt-quatre ou trente heures, en conservant la couleur des feuilles et l'éclat des fleurs.

Voici sur quoi se fonde ma méthode de préparation. L'eau de composition et d'interposition ne se volatilise que lentement dans les circonstances ordinaires. J'ai donc pensé qu'en élevant la température et en diminuant la pression atmosphérique j'arriverais probablement à un bon résultat. Dans ce but, j'ai fait fabriquer un vase en cuivre, cylindrique, de 50 centimètres de hauteur sur 60 de diamètre. Dans ce vase je puis facilement déposer un paquet de papier contenant cent exemplaires de plantes; je mets alors, dans l'espace resté vide sur les côtés, environ 4 kilogrammes de pierres de chaux vive, et je fixe le couvercle. Déposé dans une petite cuve, l'appareil est porté à une température de 50 à 60 degrés au moyen d'eau bouillante que l'on verse dans la cuve. On fait alors le vide avec une petite pompe pneumatique adaptée à un robinet placé sur le couvercle.

Je n'ai pas d'indication manométrique, parce qu'à cette température il se forme toujours, à mesure que l'on fait le vide, une atmosphère de vapeur d'eau, et que d'ailleurs, dans une semblable opération, il n'est nullement besoin de s'occuper de précision. Une fois le vide fait, c'est-à-dire après avoir pompé à divers intervalles pendant deux ou trois heures, on laisse le tout tranquille pendant vingt-quatre ou trente heures; au bout de ce temps, en ouvrant l'appareil, on trouve les plantes sèches et parfaitement conservées.

L'Assemblée législative sera prochainement appelée à prononcer sur l'impôt sur les chiens. Cet impôt, qui est destiné à réaliser un très-grand progrès au point de vue de la propagation de la rage, sera aussi très-favorable aux communes, puisque le taux variera entre un et 10 francs, suivant les catégories des animaux, d'après leur utilité. L'impôt sur les chiens produit, en Angleterre, cinq millions, et près d'un demi-million en Belgique.

L'administration de l'assistance publique a pris, il y a déjà quelque temps, une mesure à laquelle nous ne saurions trop applaudir ; c'est celle de créer, à l'hôpital Saint-Louis et à l'hôpital des Vénériens, un certain nombre de chambres particulières, à 2 francs par jour, destinées aux personnes d'une fortune médiocre, qui ne veulent cependant pas demander à la bienfaisance publique des secours qu'elles peuvent rémunérer dans certaines limites.

Les directeurs du legs de feu Jean Monnikhoff mettent au concours de 1851 la question suivante : « De la manière de traiter l'étranglement des hernies, et principalement de l'emploi du chloroforme et d'autres remèdes internes et externes qui produisent l'anesthésie, ainsi que de la machine pneumatique, considérés l'un et l'autre comme moyens à adopter pour le traitement de l'incarcération, de l'incision sous-cutanée de la stricture et de la herniotomie, sans ouvrir le sac herniaire ». Prix : une médaille d'or de 300 florins de Hollande. Les réponses devront être adressées, avant le 31 décembre 1851, à M. Vrolik, professeur à Amsterdam, avec les formules d'usage.

L'administration de la police de Paris vient de réaliser un progrès qui exercera une grande influence sur l'alimentation des classes laborieuses, parce qu'il déterminera un grand abaissement dans le prix de la viande ; c'est la vente à la criée de toutes les viandes qui sont apportées sur les marchés.

Nous avons le regret d'annoncer la mort du célèbre professeur Walther, de Berlin, qui a succombé à une fièvre typhoïde. M. Walther était connu par de nombreuses publications, et, en particulier, par le journal qu'il avait publié longtemps en collaboration avec le professeur Ammon.

M. Bussy, directeur de l'École de pharmacie et membre de l'Académie de médecine, vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie des sciences.

Ce n'est pas seulement en France que l'étude de la médecine paraît avoir pris faveur, et que le nombre des élèves en médecine a augmenté. Dans les Universités anglaises, l'augmentation est également sensible. A Edimbourg, par exemple, il y a 90 élèves de plus que l'année dernière. Nous ignorons s'il en est de même en Allemagne et en Italie ; mais en Amérique, le nombre des élèves, des docteurs de toutes sortes et de toutes couleurs, et des praticiens proprement dits, augmente tellement qu'il y aura bientôt, littéralement, plus de médecins que de malades.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

EMPLOI MÉDICAL DE L'ARSENIC, PARTICULIÈREMENT DANS LES MALADIES DE LA PEAU ET LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

Par le docteur Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

La question de l'emploi thérapeutique de l'arsenic est réellement à l'ordre du jour.

Un médecin distingué, M. le docteur Boudin, a appelé l'attention de l'Académie et du gouvernement sur l'économie, l'innocuité et les avantages que présentait la liqueur arsenicale qu'il emploie contre les fièvres intermittentes de l'armée. Biett, à l'imitation des médecins anglais, avait popularisé l'usage des préparations arsenicales dans le traitement des maladies de la peau, et cet usage est resté en vogue dans les salles de l'hôpital Saint-Louis.

Quelques travaux récents, publiés dans le *Bulletin de Thérapeutique* et ailleurs, ont encouragé les praticiens de nos jours à répéter les expériences faites dans la fin du dernier siècle et dans les premières années de celui-ci par un assez grand nombre de médecins célèbres, tant en France qu'à l'étranger... Et la découverte récente de principes arsenicaux (à la vérité, en bien minime proportion) dans un grand nombre d'eaux minérales de France et d'Allemagne, est venue encore ajouter à la vogue que paraissent tendre à reprendre aujourd'hui dans la thérapeutique usuelle les préparations arsenicales.

D'autre part, pourtant, la renommée si terrible de l'arsenic comme poison restera toujours un grand obstacle à son emploi comme médicament, et il ne faut rien moins que l'autorité des noms les plus éminents, et la multiplicité des faits authentiques et bien observés, pour légitimer les tentatives faites pour réhabiliter l'usage thérapeutique de l'arsenic.

Ayant eu l'occasion, dans ma spécialité, d'administrer très-fréquemment les préparations arsenicales, et de consulter la plupart des documents recueillis sur leur emploi qui remonte à la plus haute antiquité, j'ai pensé que je pourrais être utile aux praticiens en leur offrant un résumé de ces expériences et de ces recherches, aussi court, aussi substantiel, et surtout aussi fidèle que possible, et je me suis décidé à publier ce mémoire, fruit d'un grand nombre d'années d'études et d'observations.

I. Toutes les préparations arsenicales usitées en médecine sont vénéneuses, et par conséquent ne peuvent être administrées qu'à une dose

très-minime et avec de grandes précautions. L'application même extérieure de ces préparations n'est pas toujours exempte de danger. L'une des plus dangereuses, et néanmoins des plus employées, est sans contredit l'arsenic blanc ou *acide arsénieux*, qui est en même temps la plus commune dans le commerce et la plus familière aux empoisonneurs. Le docteur Lachèze fils, d'Angers, a publié en 1837, dans les Annales d'hygiène publique et de médecine légale, un Mémoire où sont contenus des faits bien propres à appeler l'attention des médecins qui ne craignent pas de recourir à l'administration intérieure et prolongée des préparations arsenicales. Parmi ces faits, il en est quelques-uns qui tendent à préparer la solution de ce problème si important pour le thérapeutiste : *A quelle dose l'arsenic commence-t-il à devenir vénéneux?* L'auteur cherche d'abord à établir le mode d'action de l'arsenic. Lorsqu'il est donné à une faible dose et en une seule fois, il agit sur l'estomac seul et ne produit que des accidents passagers et peu dangereux, tels que sentiment de pesanteur dans l'estomac, sentiment âcre dans le trajet de l'œsophage, puis vomissement qui fait disparaître ce malaise du sujet. Mais si la dose est plus forte, les phénomènes indiqués sont plus graves, se répètent, se prolongent; il s'y joint des coliques et une lassitude générale qui peut durer plusieurs jours. Il y a dès lors un commencement de malaise et de souffrance générale qui annonce que le mal a pénétré plus loin que l'estomac, et que le système nerveux général lui-même est influencé. Ces accidents généraux deviennent bien plus intenses, et sont portés jusqu'à l'état convulsif, lorsque la dose d'arsenic s'élève ou qu'elle est répétée. Le mode d'administration a aussi une grande importance ; il suffit, en effet, que l'acide arsénieux soit donné en poudre plus ou moins ténue pour que la rapidité et la gravité du mal qu'il provoque varient beaucoup, ce qu'explique naturellement la facilité plus ou moins grande de l'absorption exercée sur le poison par la membrane interne de l'estomac.

Ainsi, dans un cas rapporté dans l'ancien Journal de médecine, année 1787, tome LXX, par M. Laborde, une fille de vingt-sept ans croqua sous ses dents, pendant une partie de la journée, de l'arsenic qu'on lui avait donné en masse; elle resta plusieurs heures sans éprouver d'accident, et ne mourut ensuite qu'après dix heures environ de souffrance.

Enfin, lorsque de faibles doses d'arsenic sont successivement données pendant plusieurs jours, l'estomac et le canal intestinal paraissent presque exclusivement atteints, et la mort peut arriver par suite d'une altération profonde de ces organes; les accidents nerveux généraux

sont peu graves, surtout dans les premiers temps. Aussi des médecin appelés dans des cas de ce genre ont pu méconnaître la nature du mal, et ne voir qu'une *gastro-entérite* grave là où il y avait réellement *empoisonnement*. C'est là, toutefois, il faut le dire, un des nombreux indices qui signalent le danger des idées systématiques en médecine; car ces erreurs de diagnostic ont été commises sous le règne non encore éteint de la médecine *physiologique*, qui avait tellement exagéré la fréquence et la gravité de la *gastro-entérite spontanée*, qu'on croyait trop souvent rencontrer cette maladie dans des cas où les accidents digestifs reconnaissaient une cause tout à fait spéciale.

En résumé, plusieurs faibles doses d'arsenic données successivement causent l'empoisonnement lent, tel qu'il a été décrit par Chaussier et M. Orfila.

Un huitième de grain d'arsenic (environ 5 milligrammes), mêlé à 3 ou 4 onces (1 hectogramme) de pain et pris par une personne bien portante n'agit qu'en causant un vomissement subit. Mais si un repas entier a été fait avec ce pain dont il a été consommé ainsi de 250 à 500 grammes, contenant de 10 à 20 ou 25 milligrammes (un quart à un demi-grain), les symptômes sont beaucoup plus tranchés et commencent à constituer un véritable empoisonnement. Si, le lendemain, la même dose est renouvelée, les accidents prennent de suite une grande intensité.

Deux individus qui ont succombé, l'un après six semaines environ de maladie, l'autre au bout de deux mois et demi seulement, n'avaient guère pris que 8 à 10 centigrammes (1 grain 1/2 à 2 grains) d'arsenic en quatre jours. Ainsi donc 5 à 6 milligrammes d'arsenic introduits dans l'estomac, au milieu des substances alimentaires, suffisant pour causer le vomissement; une dose variant de 12 à 25 milligrammes détermine des vomissements, des coliques, une fatigue générale, symptômes qui constituent un empoisonnement proprement dit; cette dose répétée le lendemain redouble les accidents, trouble le système nerveux et peut procurer une incapacité de travail de plusieurs jours; quatre doses successives, c'est-à-dire, de 5 à 10 centigrammes en tout, causent une gastro-entérite et une lésion des centres nerveux suffisantes pour détruire la vie. Tels sont du moins les résultats observés chez les individus soumis à des tentatives d'empoisonnement, dont M. Lachèze a rapporté l'histoire. Je n'ignore pas (ajoute l'auteur que nous venons de citer) que, mêlé à de la soude ou de la potasse, dans les solutions de Bréra, Fowler, Pearson, on a quelquefois donné l'arsenic à la dose de 1/3 et même 2/3 de grain (18 à 36 milligrammes), pour combattre des fièvres intermittentes; mais ces doses ont été atteintes en passant successive-

ment par des doses inférieures, et rarement l'ont-elles été sans que le malade en souffrît. Un homme à qui Foderé donnait des pilules de Barton, ayant pris près de 25 milligrammes d'arsenic dans une journée, fut pendant huit jours gravement malade; et Monro rapporte qu'un médecin de Londres vit périr un homme qui avait pris, d'après l'avis d'un charlatan, 1/4 de grain (12 milligrammes) d'arsenic.

J'avais recueilli à l'hôpital Saint-Louis, dès 1819, un assez grand nombre d'observations de *maladies de la peau* traitées par les sels arsenicaux; en général, on commençait par la dose minime d'un 16e de grain (environ 3 milligrammes) par jour, pour s'élever graduellement jusqu'à un 8e (6 milligrammes) au plus, et encore était-on assez fréquemment obligé de suspendre l'administration du remède à cause des accidents d'irritation gastro-intestinale qu'il provoquait, tels que nausées, vomissements, coliques, diarrhée, etc.

On trouve dans le cahier d'octobre 1813 du journal de Hufeland, un article fort intéressant du docteur Ebers, de Breslaw, qui s'élève contre l'emploi des préparations arsenicales dans le traitement des fièvres intermittentes et qui signale les dangereux effets de ce genre de remède. Il affirme avoir souvent eu occasion d'observer à Breslaw les effets nuisibles, tant instantanés que consécutifs, des préparations arsenicales. Il existait autrefois, dit-il, à Breslaw deux charlatans connus, qui, malgré les punitions qu'on leur avait infligées, débitèrent secrètement et pendant plusieurs années des gouttes arsenicales, au moyen desquelles ils réussirent souvent à guérir des fièvres. Mais on a vu aussi, dans cette ville, une quantité d'infortunés dont, par l'effet de ces gouttes, la santé a été à jamais détruite, et qui remplirent les hôpitaux, pour y mourir d'affections organiques du bas-ventre, d'hydropisie et de fièvre lente.

II. Appliqué même à l'extérieur, comme caustique, dans le traitement des affections cancéreuses, l'arsenic a été assez souvent l'occasion du développement d'accidents graves et qui ont présenté tous les caractères de l'empoisonnement. Le tome XXXVII de la Bibliothèque médicale, année 1812, contient, aux pages 213 et suivantes, l'observation de deux enfants, dont l'un périt empoisonné, et l'autre fut sauvé, après avoir été gravement indisposé, par suite de l'application d'une poudre arsenicale sur des gerçures qui existaient au pli des cuisses. Cette poudre détermina l'inflammation gangréneuse de la peau dans le lieu malade, et l'inflammation de l'appareil digestif avec mouvements convulsifs chez l'enfant qui succomba. J'ai vu périr à l'Hôtel-Dieu, en 1818, un malheureux auquel, après l'abrasion d'un large ulcère cancéreux de la joue, on avait appliqué la poudre arsenicale de

Rousselot : il succomba en proie à des accidents d'empoisonnement, du dixième au onzième jour qui suivit cette application, après trois jours de maladie grave. Ces faits et beaucoup d'autres mentionnés par divers auteurs (Fernel, Fabrice de Hilden, Morgagni, Roux, Dugas, etc.) doivent inspirer une grande réserve au médecin qui veut employer les préparations arsenicales, soit à l'intérieur, soit même à l'extérieur : il était important de les rappeler avant de nous occuper de l'arsenic sous le rapport thérapeutique.

III. Les anciens n'employaient les préparations arsenicales qu'à l'extérieur ; ils se servaient surtout de l'*orpiment* ou sulfure jaune d'arsenic, qui entrait dans plusieurs des onguents et emplâtres qu'ils appliquaient aux maladies de la peau : j'ai mentionné quelques-unes de ces formules dans mon Traité pratique sur ces maladies.

Le docteur Desgranges, de Lyon, a publié dans le journal de la Société de médecine de Paris, tome XXX, cahier de novembre 1807, un Mémoire où sont rassemblés tous les faits épars dans divers ouvrages sur l'arsenic considéré comme médicament interne, et employé, 1° dans le traitement des fièvres intermittentes; 2° dans celui des cancers, des dartres, et autres maladies rebelles. L'usage des préparations arsenicales à l'intérieur ne remonte guère qu'au dix-septième siècle. Rosinus Lentitius qui exerçait, vers la fin de ce siècle, la médecine à Stuttgard, les préconise administrées de cette manière contre les fièvres intermittentes. Après lui, Wepfer, Frédéric Hoffmann, Gaspard Neuman, Fowler, Backer, Pearson, Brera, Plenciz, Foderé et beaucoup d'autres médecins anglais, allemands, français et italiens, ont eu recours à ce mode d'administration, qu'un médecin militaire éminent, M. le docteur Boudin, s'efforce aujourd'hui de réhabiliter.

Appliqué *à l'extérieur*, sur une surface excoriée, et à plus forte raison sur une plaie véritable, l'arsenic (à l'état d'arsenic blanc ou acide arsénieux) provoque presque constamment le développement d'accidents inflammatoires intenses, qui succèdent rapidement à la cautérisation ; d'où le précepte de n'en appliquer qu'une couche très-mince, et dans une étendue très-limitée : celle d'une pièce de deux francs, par exemple.

Administré à l'intérieur, le plus ordinairement sous la forme de sel, il détermine facilement, même à dose minime, pour peu qu'on en prolonge l'usage, de l'ardeur à la gorge, une légère stimulation de l'estomac et de l'intestin, qui, parfois, s'annonce par l'augmentation de l'appétit, mais plus souvent amène un état nauséeux, quelques coliques, et assez fréquemment de la diarrhée. A ces phénomènes locaux se joignent une chaleur générale, de la tension, du prurit, de la chaleur à la peau,

qui rougit assez souvent dans les points malades, l'augmentation de la transpiration et des urines dans quelques circonstances, enfin l'accélération du pouls.

Ces effets *directs* du remède annoncent qu'il doit jouir d'effets *indirects*, ou thérapeutiques, assez prononcés ; reste à savoir s'ils ne sont pas trop achetés par les graves inconvénients qu'offre l'emploi d'un médicament aussi facilement vénéneux, et surtout s'ils sont assez durables et assez notoirement préférables à ceux produits par des remèdes d'une autre nature, pour qu'on doive y recourir d'une manière usuelle. C'est ce que va nous apprendre l'examen rapide des cas où on a préconisé l'usage des préparations arsenicales.

IV. *Administration de l'arsenic à l'intérieur*. Les préparations que l'on emploie sont : les *pilules asiatiques*, qui contiennent chacune 4 milligrammes d'acide arsénieux, et ont le poivre noir pour excipient : on n'en donne qu'une par jour ; la solution d'arsénite de potasse, dite de *Fowler*, que l'on donne à la dose de deux à vingt gouttes, chaque matin à jeun, dans un peu d'eau sucrée, dose qui représente à peu près la même fraction, à son *summum*, et qui doit d'ailleurs être soigneusement graduée ; la solution d'arséniate de soude, dite de *Pearson*, qui est plus facile à manier, et qui peut être administrée graduellement, depuis la dose de 1 gramme jusqu'à celle de 3 ou 4 grammes, représentant au *minimum*, par lequel on doit toujours commencer, à peu près 4 à 5 milligrammes du sel arsenical. M. Biett avait encore essayé, à l'hôpital Saint-Louis, l'arséniate d'ammoniaque, en solution, et l'arséniate de fer, en pilules.

Les fièvres intermittentes, les maladies de la peau et le cancer, telles sont les affections dans le traitement desquelles on a particulièrement conseillé l'emploi de l'arsenic. Il faut y joindre quelques essais peu concluants qui ont été faits dans certaines maladies nerveuses, et comme antidote du virus rabique et de quelques autres venins.

1° *Fièvres intermittentes*. « Les poisons à petite dose, a dit Withering, sont les meilleurs médicaments ; et les meilleurs médicaments à trop grandes doses sont des poisons. » Conséquents à ce principe, beaucoup de médecins de la fin du dix-huitième et de la première partie du dix-neuvième siècle ont vanté l'usage de l'arsenic dans les fièvres, quelques-uns même l'ont regardé comme préférable dans certains cas au quinquina administré à haute dose. Fowler (dont le travail a paru en 1786) rapporte qu'il a rarement manqué la guérison des fièvres intermittentes et des migraines périodiques, au moyen de sa solution arsenicale, administrée d'après la méthode suivante : trente-six gouttes de solution sont données en trois doses, une à six

heures du matin, la seconde à deux heures, la troisième à dix heures du soir, sans avoir égard aux heures des accès : chaque dose est étendue dans une demi-tasse d'eau. On continue ainsi cinq jours de suite, puis lorsque l'accès a manqué, la solution est suspendue pendant deux ou trois jours, après quoi on y revient pendant trois autres jours, pour prévenir la rechute. Si la fièvre résiste, on combine le remède avec l'administration du quinquina. Fowler prescrit d'ailleurs de proportionner la dose à l'âge du malade, en donnant seulement à la fois, deux à cinq gouttes aux enfants de deux à quatre ans, sept à dix gouttes à ceux de huit à douze ans, etc.

Broussais avait eu occasion de constater les effets de ce traitement appliqué aux fiévreux, par un médecin espagnol, des environs de Bayonne, à l'hôpital de Oyarzum. Il a consigné le fruit de ses remarques dans le Bulletin des sciences médicales, cahier d'avril 1810. Les malades attaqués de fièvres intermittentes, tierces ou quotidiennes, étaient tous traités, depuis près d'une année, par la solution d'arsénite de potasse, et, suivant le docteur espagnol, avec le plus grand succès. Aucune fièvre, selon lui, ne résistait à ce traitement prolongé tout au plus cinq jours. Le remède occasionnait-il des douleurs d'estomac ? Il suffisait d'en suspendre l'usage et de donner une boisson adoucissante pour voir céder les accidents, et alors on pouvait revenir à la liqueur minérale. D'ailleurs, il fallait que ces accidents fussent bien prononcés, et le médecin ne tenait pas compte du gonflement érysipélateux de la face avec angine, des nausées, de l'agitation, de l'insomnie, d'un mouvement fébrile continu..., symptômes qu'il n'avait jamais vus entraîner de suites fâcheuses. Plusieurs malades étaient sortis guéris ; il en restait une quinzaine en convalescence. Or, ces prétendus convalescents avaient la figure pâle et triste, le corps bouffi et luisant ou singulièrement amaigri, point d'appétit, peu de sommeil, une grande faiblesse avec sentiment de malaise, de la diarrhée, etc. Quelques-uns de ces sujets succombèrent et présentèrent, à l'autopsie, l'estomac dilaté et phlogosé, le côlon et surtout le cæcum livides ou même noirs. D'autre part, M. Boullier, médecin à Pont-Sainte-Maxence, rapporte dans une lettre adressée au rédacteur du recueil périodique de la Société de médecine de Paris (cahier de novembre 1813), qu'étant chargé du service médical d'un des hôpitaux militaires de Dantzick, il avait eu, de juin 1811 à la fin de 1812, de nombreuses occasions de reconnaître l'efficacité de l'arsenic pour la guérison des fièvres intermittentes. La solution d'arséniate de soude qu'il employait avec prudence, mais sans timidité, lui paraît l'un des meilleurs succédanés du quinquina. Le remède doit être suspendu pendant la durée des accès. Sur trois

cents malades traités par la liqueur minérale indiquée, durant les mois de décembre 1811, janvier, février et mars 1812, M. Boullier n'en a perdu que cinq.

Deux moururent d'hydropisie et trois de diarrhée colliquative, à la suite de plusieurs rechutes déterminées par l'intempérance. Un érysipèle à la face, un vomissement considérable chez un second malade, des coliques et de la diarrhée chez un troisième, tels furent les seuls accidents observés au début de l'administration du remède, qu'il suffit de suspendre pour les voir disparaître. On vit plusieurs fois des fièvres quartes, même anciennes, céder à la troisième ou à la quatrième dose de la solution arsenicale. Les fièvres quotidiennes, tierces et doubles-tierces, très-peu nombreuses comparativement aux quartes, parurent généralement plus rebelles à l'action du fébrifuge. Dans le Mémoire cité, M. Desgranges rapporte, entre autres observations, celle d'un homme de vingt-neuf ans, affecté depuis cinq mois d'une fièvre quarte opiniâtre, avec leucophlegmasie, langueur, engorgement des viscères abdominaux, et qui fut guéri par l'arsenic. En somme, on ne peut nier que les préparations arsenicales, et notamment les solutions d'arsénite de soude ou de potasse, n'aient été employées avec succès contre les fièvres intermittentes et qu'elles n'aient même réussi dans des cas où le quinquina avait échoué.

2° *Maladies de la peau.* Nous ne saurions nous écrier avec un écrivain moderne, que l'on obtient des *effets merveilleux* de l'administration des préparations arsenicales, dans les affections squameuses (*lepra vulgaris*), ainsi que dans l'*eczema* et l'*impetigo* chroniques... Mais nous reconnaîtrons qu'ayant vu plusieurs fois ces remèdes réussir entre les mains de M. Biett, et ayant eu depuis lors bien des fois l'occasion de les employer nous-même avec succès, nous ne pourrions cependant affirmer qu'ils aient plus que d'autres le privilége de prévenir les rechutes si fréquentes dans les maladies dartreuses. Beaucoup de méthodes de traitement diverses réussissent, en effet, dans ces maladies, entre les mains d'un praticien habile et éclairé; mais trop souvent, au bout de quelques mois, on voit reparaître la maladie que l'on avait crue guérie. Nous avons rapporté, dans notre Traité pratique des maladies de la peau, plusieurs observations de mentagre, de *lepra vulgaris*, et de quelques autres affections cutanées chroniques (telles que le *lupus* et l'*elephantiasis*), dans lesquelles les préparations arsenicales ont paru agir avantageusement; toutefois, nous étions souvent resté dans le doute sur le degré de valeur qu'on devait leur accorder comparativement aux remèdes plus vulgaires, mais aussi plus innocents, et nous avions en définitive résumé notre opinion en ces termes : « Quelque

dangereux que paraissent au premier abord des médicaments qu'il serait si facile de convertir en poisons, il est certain qu'administrés avec la prudence convenable, suspendus dès que se manifestent des accidents d'irritation gastrique, pour n'être repris ensuite qu'à des doses aussi faibles que dans le commencement, on ne les voit jamais suivis de ces résultats fâcheux, regardés comme inévitables par les médecins aveuglés par des idées préconçues. Certainement, on doit à ces remèdes actifs quelques guérisons. Toutefois, il est clair qu'ils ne conviennent point à tous les sujets ni dans toutes les circonstances, et que l'état d'excitation ou d'atonie des téguments suffit souvent pour en contre-indiquer ou en réclamer l'usage. Quelquefois, en effet, ils déterminent dans les régions de la peau affectée une sorte de travail inflammatoire qui contribue puissamment à la résolution..., mais qui ne pourrait manquer d'avoir des inconvénients, si déjà il existait dans les téguments malades une irritation un peu vive. Déjà nous avons mentionné leur action irritante sur l'appareil digestif. Si, d'autre part, dans la crainte de ses effets dangereux, on réduit le médicament à des doses minimes, il est probable qu'il devient à peu près inerte; en sorte que, pour notre part, nous usons rarement de cette classe de remèdes. »
Depuis l'époque de cette publication, une expérience plus étendue et plus variée nous a rendu plus favorable à la médication arsenicale, et nous donnerons plus loin des preuves à l'appui des bons effets de cette médication.

3° *Cancer*. M. Lefebvre, de Saint-Ildefond, proposa, dans une dissertation publiée en 1775, *un remède éprouvé pour guérir radicalement le cancer*. Ce remède n'était autre que l'administration à l'intérieur d'une solution d'acide arsénieux : quatre grains (2 décigrammes) d'oxyde blanc d'arsenic sublimé dans une pinte (un litre) d'eau distillée. Une cuillerée à bouche le matin, mêlée à une cuillerée de lait et demi-gros (2 grammes) de sirop diacode. Au bout de huit jours, on réitère la dose le soir; après quinze jours, on en prescrit une troisième à midi. Quand le premier litre est consommé, on en prend un second, contenant six grains (3 décigrammes) d'arsenic, puis un troisième qui en contient huit (4 décigrammes), dose à laquelle on s'arrête. Le malade fait usage en même temps de petit-lait nitré ou de toute autre tisane adoucissante, il prend des lavements, et une purgation douce tous les huit ou dix jours. Le traitement se compose de six à huit bouteilles au plus. On emploie en même temps l'arsenic comme topique. Si le cancer n'est pas ulcéré, on fait des lotions avec la solution arsenicale à huit grains (4 décigrammes), puis on applique des cataplasmes de pulpe de carottes bouillie avec une dissolution de demi-once (16 grammes) d'ar-

senic dans du vinaigre distillé, ajoutant sur le feu demi-once (16 grammes) de sucre de saturne, un gros et demi (6 grammes) de laudanum, et 6 gros (24 grammes) de feuilles sèches de ciguë, pour une livre de pulpe de carottes. Les cancers ulcérés sont pansés d'une manière analogue, sauf que l'on coupe la solution arsenicale avec une décoction de vin rouge ou de quinquina, et que l'on a soin de proportionner exactement la grandeur des cataplasmes à celle de l'ulcère, sans l'étendre au delà.

M. Desgranges, de Lyon, dans son Mémoire sur l'arsenic, inséré dans le tome XXX, p. 356, du Recueil périodique de la Société de médecine, publia plus tard les résultats défavorables des essais auxquels il s'était livré, d'après les instructions du docteur Lefebvre. Plusieurs femmes atteintes de cancer au sein, aux aines, à la matrice, furent traitées à l'hôpital de Lyon, conformément à cette méthode; aucune n'en éprouva le moindre soulagement; toutes ressentirent, au contraire, des angoisses précordiales, des spasmes et des souffrances dans l'estomac et les intestins, avec des malaises qui firent abandonner l'usage de l'arsenic.

D'autres médecins ont préconisé l'administration intérieure de l'*arséniate de soude* contre le cancer, mais la plupart des observateurs s'accordent à reconnaître que les préparations arsenicales sont aussi impuissantes que tous les autres médicaments internes employés jusqu'ici contre cette terrible maladie, et que de plus, elles provoquent facilement des accidents.

Les préparations arsenicales ont encore été essayées avec quelque avantage dans les *syphilides* et dans les *scrofules*; on cite quelques exemples de maladies nerveuses graves où elles ont paru utiles; mais tous ces faits ont grand besoin de confirmation, et ne peuvent être encore regardés comme ayant droit de domicile dans la science.

V. *Usage externe de l'arsenic.* Les anciens, comme nous l'avons dit, employaient assez souvent l'*orpiment*, ou sulfure jaune d'arsenic soit comme épilatoire et mêlé alors à la chaux, soit comme cathérétique, dans diverses maladies cutanées chroniques, et en particulier dans le affections lépreuses et cancéreuses. De nos jours encore, on fait un assez fréquent usage de l'arsenic comme caustique dans le traitement des cancers de la peau et du *lupus*, mais on se sert presque exclusivement de l'arsenic blanc ou *acide arsénieux*, caustique énergique et poison dangereux. La poudre du frère Cosme, modifiée par Rousselot, et de nos jours, par Dubois et Dupuytren, est une des plus employées.

M. Dubois prenait deux parties d'acide arsénieux, seize de cinabre, seize de sang-dragon; mêlait les poudres et en faisait une pâte à l'aide

de la salive, puis l'étalait en une couche de un à deux, ou même quatre à cinq millimètres sur l'ulcère, qui était ensuite recouvert d'une toile d'araignée. Au bout de quelques jours, il se développait une tuméfaction érysipélateuse, quelquefois accompagnée de fièvre et d'accidents nerveux graves (quand l'application était faite au visage); l'escarre se détachait dans l'espace de deux, trois à quatre semaines. Lorsque l'inflammation avait été modérée, et que rien ne venait entraver la guérison, on trouvait parfois la cicatrice formée quand la croûte escarrotique achevait de se détacher.

Dupuytren, réservant ce caustique puissant pour les cas les plus graves, se bornait, dans le *lupus* et les carcinomes superficiels, quelquefois après avoir avivé la surface à l'aide d'un vésicatoire, ou l'avoir seulement nettoyée par des lotions et des cataplasmes, à saupoudrer l'ulcération, au moyen d'une petite houppe de charpie, d'une couche de 1 à 2 millimètres d'épaisseur de poudre préparée avec quatre à huit parties d'acide arsénieux, et quatre-vingt-seize à quatre-vingt-douze parties de calomel.

Les remèdes de Plunket (1784), de Justamond, d'Hellmand (1825), sont aussi des topiques dont l'acide arsénieux forme le principe actif.

Nous avons indiqué, ci-dessus, les dangers que peuvent présenter ces remèdes lorsqu'ils ne sont pas appliqués avec la prudence convenable; on ne peut d'ailleurs leur attribuer aucune vertu spéciale contre le cancer; évidemment, ils n'agissent que comme caustiques.

Ce premier et rapide aperçu jeté sur notre sujet, nous allons entrer maintenant dans des développements plus étendus. Citons, en attendant, outre les indications contenues dans cet article, quelques écrits à consulter sur la matière. Nous aurons bientôt l'occasion d'en mentionner plusieurs autres.

Voir Fodéré : Recherches expérimentales faites à l'hôpital civil et militaire de Martigues, sur la nature des fièvres à périodes, et sur la valeur des différents remèdes substitués au quinquina, spécialement sur les propriétés médicales de l'arséniate de soude; Marseille, 1810.

Annales cliniques de Montpellier, cah. de février, 1811. Recherches analytiques sur les principaux remèdes employés contre le cancer.

Harles (Ch. Fr.). *De arsenici usu in medicina*. Nuremberg, 1811.

Patrix. L'art d'appliquer la pâte arsenicale. Paris, 1816.

Godelle. Considérations sur la nature et le traitement du cancer, dans le tome II, de l'an 1836, de la Revue médicale.

Bayle (G. L.). Traité des maladies cancéreuses; ouvrage posthume, 1839, tome II, p. 474 et page 559.

Observation d'urticaire intermittente guérie par la solution ar-

senicale de Fowler, dans le tome IV, de l'an 1827, de la nouvelle Bibliothèque médicale, et article *Arsenic* (thérapeutique) du nouveau Dictionnaire de médecine, en 24 vol, t. IV, 1833. Voir, surtout, le tome supplémentaire, récemment paru, du Dictionnaire de Thérapeutique et de matière médicale, de M. Mérat, et le Traité de thérapeutique de M. Trousseau, article *Arsenic*.

GIBERT.

(La suite à un prochain numéro.)

SUR L'EMPLOI DU CHARBON VÉGÉTAL CONTRE LES AFFECTIONS NERVEUSES GASTRO-INTESTINALES IDIOPATHIQUES ET SYMPATHIQUES.

Fin du Rapport de M. Patissier, membre de l'Académie (1).

Nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs sur la valeur thérapeutique du charbon végétal dans le traitement des gastralgies et des gastro-entéralgies, lors de la publication du premier Mémoire de M. Belloc, couronné par la Société de médecine de Bordeaux. En publiant le rapport si complet de l'honorable académicien sur un nouveau travail de notre confrère, nous avons voulu leur fournir une nouvelle preuve à l'appui du jugement que nous avions porté : que l'abandon d'un agent si efficace tenait bien moins à la diversité des maladies contre lesquelles on en avait vanté l'emploi, qu'à la préparation infidèle que l'on rencontrait dans les officines. M. Belloc, afin que les insuccès ne vinssent pas de nouveau condamner à l'oubli une substance à laquelle il doit lui-même sa santé, s'est décidé à surveiller la préparation du charbon destiné à l'emploi médical. Notre confrère, en mettant à notre disposition une certaine quantité de charbon de peuplier, nous a permis de nous livrer à l'étude de cet agent et de joindre notre témoignage à celui de la Commission. Comme le fait remarquer M. Patissier, « cette matière inerte n'est ni absorbée, ni digérée; elle ne fait que traverser le tube digestif en s'emparant des matières gazeuses et liquides nuisibles à l'économie. » Mais ce n'est pas seulement par sa porosité remarquable qu'agit cette substance, elle agit encore d'une manière mécanique; ainsi, nous avons vu son usage suivi d'un succès incontestable dans un cas de gastralgie tenace, que nous soulagions seulement avec la solution de strychnine, dont nous avons publié la formule, et dans deux autres cas de gastralgies symptomatiques d'affections utérines. Du reste, le charbon n'eût-il que la valeur thérapeutique qui ressort des observations suivantes, recueillies par les membres de la Commission, qu'il n'en constituerait pas moins un médicament appelé à rendre des services signalés.

(1) Voir la livraison du 15 janvier, page 54.

Observation communiquée par M. le professeur Fouquier.—(Marchal (Rose) âgée de cinquante-un ans, domestique, entra dans la salle Sainte-Anne, à l'hôpital de la Charité, le 11 novembre 1848. Cette femme raconte qu'il y a cinq ans elle fut atteinte de l'affection qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital, et qu'elle fut soignée à Beaujon par notre collègue M. Louis, qui lui fit prendre des bains alcalins et de l'eau de Vichy. Depuis cinq mois, cette malade ressent à la région épigastrique des douleurs déchirantes qui irradient des deux côtés, jusque vers les omoplates et la colonne vertébrale. Ces douleurs, parfois peu intenses, présentent, dans l'espace de vingt-quatre heures, trois ou quatre paroxysmes dont la durée est d'une ou deux heures; ils sont tellement aigus, qu'ils font pousser des cris à la malade. Les douleurs augmentent surtout après l'ingestion d'aliments chauds; une pression brusque les exaspère, mais une pression modérée et faite graduellement, ainsi que la pression du corset, semblent les calmer. Depuis l'apparition de sa maladie, cette femme est tourmentée par de fréquentes envies de vomir, et souvent par des vomissements qui surviennent indistinctement avant ou après le repas; les matières vomies consistent en un liquide glaireux, amer, fétide, et jamais en des aliments, lors même que les vomissements surviennent pendant ou immédiatement après le repas. Depuis quinze jours, cette femme a des renvois gazeux, ayant parfois l'odeur d'œufs pourris; l'appétit est assez vif, mais la malade mange fort peu, parce que l'ingestion des aliments aggrave ses douleurs; du reste, point de fièvre ni de céphalalgie; le pouls est régulier et bat soixante fois par minute. Le premier jour, on administre trois cuillerées de charbon; ce jour-là, la malade a des renvois, quelques nausées, mais plus de vomissements; pas de changement dans les douleurs. Les deux jours suivants, on donne la même quantité de charbon; cette fois, il n'y a pas de nausées, il ne survient que quelques renvois ayant toujours l'odeur d'œufs pourris; sensation de chaleur à l'épigastre et au ventre. Le quatrième jour, les trois cuillerées de charbon sont parfaitement supportées, il n'y a plus ni renvois, ni nausées, ni vomissements, et la douleur de l'estomac est moindre, ainsi que la sensation de chaleur. On donne quatre cuillerées de charbon. Le lendemain, cinquième jour, on constate qu'il n'y a plus de douleur à l'estomac; il y a encore quelques renvois fétides. Le sixième jour, même état. Le septième jour, les douleurs ont complétement disparu; il n'y a pas même de sensibilité à la région de l'épigastre; pas de renvois; vomissements glaireux le matin. On administre cinq cuillerées de charbon; le lendemain, huitième jour, la malade est très-bien, elle a parfaitement digéré deux potages, ce qu'elle n'avait pas fait depuis cinq mois. Les jours suivants, on continua à administrer cinq cuillerées de charbon; l'état de la malade continua à être très-satisfaisant; il n'y eut plus ni renvois, ni nausées, ni douleurs; la malade mange une portion et la digère parfaitement bien. Le treizième jour, il survint un peu de diarrhée, mais rien du côté de l'estomac. Enfin, le trente-quatrième jour, la malade sort de l'hôpital parfaitement guérie. Cinq semaines après, elle a été revue par un élève de service; sa santé était parfaite et n'avait pas été troublée depuis sa sortie de l'hôpital.

M. Fouquier cite encore deux faits de gastralgie traités par la poudre de charbon; mais on ne peut en déduire aucune conséquence, puisque, chez ces deux malades, le médecin a été obligé de suspendre le traitement. L'une d'elles a été atteinte, le sixième jour, d'une angine tonsillaire et

d'une pneumonie ; chez la deuxième, il est survenu une varioloïde. Au reste, M. Fouquier continue ses expériences, et a l'intention de faire préparer du charbon d'après le procédé de M. Belloc.

Observation communiquée par M. Husson. — Une jeune fille, âgée de douze à treize ans, habitant une ferme très-salubre, a eu plusieurs attaques de gastralgie qui ont résisté à différents traitements, calmants, amers, narcotiques, sous-nitrate de bismuth, vésicatoires sur l'épigastre, etc. Elle a été mise enfin à l'usage du charbon préparé par M. Belloc; le médecin qui l'a soignée fait savoir que cette jeune fille était parfaitement guérie.

Observation communiquée par M. Dubois (d'Amiens). — Mme C..., âgée de quarante ans, était tourmentée, depuis plusieurs années, par quelques douleurs d'estomac; la digestion, en tout temps, s'opérait avec de grandes difficultés; quelquefois même elle devenait impossible. Dans le cours de l'été dernier, les douleurs gastro-intestinales étaient presque continuelles, les digestions à peu près nulles, la constipation opiniâtre; l'amaigrissement était devenu considérable, et l'affaiblissement était tel, qu'il fallut renoncer à toute promenade, bien qu'on habitât la campagne dans un beau pays. On avait employé sans succès les ferrugineux sous toutes les formes, les bains de mer, les bains alcalins, les eaux de Seltz, de Vichy, etc., etc. En désespoir de cause, cette dame en avait appelé à l'homœopathie; comme on le pense bien, elle ne s'en était pas mieux trouvée; puis on était revenu aux opiacés, et toujours infructueusement. C'est dans ces circonstances que la poudre de charbon fut employée, d'abord à la dose d'une cuillerée à café après chaque repas, puis à la dose d'une cuillerée à bouche également après chaque repas. Le premier effet obtenu a été de ramener quelques selles; la constipation, qu'on n'avait pu vaincre jusqu'alors, a fini par céder; puis quelques aliments ont passé, la malade a pu digérer des viandes rôties; les forces se sont un peu rétablies; mais une ménorrhagie s'étant déclarée, l'amélioration n'a pu aller au delà. Ajoutons qu'un érysipèle de la face d'abord, puis du cuir chevelu, avait mis les jours de la malade en danger. On fut donc obligé de remettre à un autre temps la médication par le charbon.

Observations recueillies par le rapporteur. — Mme P..., âgée de cinquante-deux ans, se trouvant éloignée de sa famille au moment de la sanglante insurrection du mois de juin 1848, éprouva de vives inquiétudes, perdit l'appétit, se plaignait, après le plus léger repas, de pesanteur, d'oppression vers la région épigastrique; quoiqu'il n'y eût point de fièvre et que le sommeil fût assez bon, l'amaigrissement du corps fut rapide. La poudre de charbon de M. Belloc fut administrée à la dose de trois ou quatre cuillerées à bouche par jour, avant ou après chaque repas. Le quatrième jour, la malade ne ressentait plus d'oppression, de pesanteur à l'estomac; elle digérait parfaitement des viandes rôties; l'appétit était vif, l'embonpoint revint graduellement, la gaieté succéda à la tristesse. Elle continua encore l'usage du charbon pendant quelques jours; sa confiance en ce médicament est si grande, que chaque fois qu'elle ressent un peu de gêne dans la digestion elle s'empresse de prendre une cuillerée de charbon, ce qui lui réussit constamment. N'ayant plus un jour à sa disposition du charbon de bois de peuplier, Mme P... a acheté dans une pharmacie de Paris de la poudre de charbon qui lui a causé des nausées.

Une jeune dame, Mme B..., primipare, enceinte de trois mois, éprouvait

des rapports aigres, des envies de vomir, et parfois un sentiment de feu dans l'estomac et vers l'œsophage. La magnésie, les amers, l'eau de rhubarbe avaient été employés sans succès. La poudre de charbon, prise à la dose d'une cuillerée à bouche avant chaque repas, atténua ces accidents, qui ne se dissipèrent complétement que vers le sixième mois de la grossesse.

Mme A..., âgée de quarante-cinq ans, d'un tempérament nerveux, éprouva en 1830 une gastralgie qui, malgré les narcotiques, les antispasmodiques et un régime approprié, persista pendant trois ans. Depuis cette époque, sa santé était satisfaisante et fut rarement troublée par quelques indispositions. Lors de la révolution de Février 1848, cette dame fut vivement impressionnée, et tous les symptômes de son ancienne gastralgie apparurent : peu d'appétit; après le plus léger repas, douleur à l'épigastre, s'étendant dans le dos et vers l'ombilic; pyrosis, constipation, tristesse, désir de la solitude, susceptibilité extrême, amaigrissement, pas de fièvre. Cette dame fut soumise à l'usage du charbon, à la dose de trois à quatre cuillerées à bouche par jour. Sous l'influence de ce médicament, l'appétit est devenu plus vif, les digestions moins lentes, moins douloureuses ; les selles plus faciles et le sommeil plus calme qu'auparavant. Après quinze jours du traitement par le charbon, la santé de cette dame était sensiblement améliorée, les couleurs de la face et l'embonpoint commençaient à revenir.

Il résulte des faits cliniques rapportés dans le Mémoire de M. Belloc, et de ceux que vos commissaires ont eu l'occasion de recueillir :

1° Que la poudre de charbon de bois de peuplier ordinaire peut être employée avec avantage dans le traitement des affections nerveuses de l'estomac et des intestins ; que ses effets thérapeutiques ne paraissent pas différer sensiblement de ceux qui résultent de l'emploi de la poudre de charbon de bois légers et poreux ; 2° que ces poudres ne sont réellement efficaces qu'autant qu'elles sont administrées à haute dose, c'est-à-dire quatre à cinq cuillerées à bouche par jour à prendre avant ou après le repas.

Vos commissaires estiment que M. Belloc a rendu service à la médecine pratique en rappelant l'attention des médecins sur les avantages thérapeutiques du charbon végétal. PATISSIER.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU TRAITEMENT DES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU RADIUS, D'APRÈS LA MÉTHODE DE M. LE PROFESSEUR BONNET, DE LYON.

Par M. E. R. PHILIPEAUX, ancien prosecteur adjoint à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Depuis que Dupuytren a appelé l'attention des chirurgiens sur la fréquence des fractures de l'extrémité inférieure du radius, comparée à

la rareté des luxations du poignet, on a vu surgir une foule de procédés propres à réduire ces fractures, et une plus grande quantité d'appareils destinés à les maintenir réduites.

Chaque chirurgien, adoptant avec juste raison les idées de ce célèbre professeur, s'est cru pour ainsi dire obligé d'étudier ces fractures avec tout le soin dont il était capable. De là sont nées ces opinions si diverses sur leurs causes, sur les déplacements des surfaces osseuses, et surtout sur leur traitement. Il suffit, pour se convaincre de ce que j'avance, de jeter les yeux sur les principaux ouvrages de chirurgie élémentaire, et principalement sur le savant et judicieux traité des fractures que M. Malgaigne vient de publier. On verra en effet, que depuis quelques années, ce sujet a été l'objet de nombreuses recherches. Dupuytren, MM. Velpeau, Blandin, Goyraud, d'Aix, Marjolin, Cruveilhier, Malgaigne, Pétrequin, Diday, Voillemier, Huguier, etc., etc., semblent, par leurs appareils ingénieux, n'avoir rien laissé de litigieux dans le traitement de ces fractures.

Mon intention n'est pas de reproduire ici la description de tous ces appareils, dont quelques-uns ont été peut-être plus souvent décrits dans les livres qu'employés sur les malades. Je me propose seulement d'exposer, sur le traitement de ces fractures, la pratique et les idées de M. le professeur Bonnet. Ceux-là seuls m'occuperont, qui ont rapport d'une manière directe au traitement que nous allons essayer de faire connaître.

Le but de ce Mémoire est de montrer que, pour réduire les fractures de l'extrémité inférieure du radius et les maintenir réduites, on a négligé jusqu'ici une indication importante, savoir, la flexion de la main en avant.

On sait que dans ces fractures, peut-être plus que dans toutes les autres (car il y a souvent implantation, engrènement des fragments osseux l'un sur l'autre), la réduction est aussi très-importante. Son utilité est tellement bien reconnue, que la plupart des chirurgiens la jugent indispensable. Car sans cela, tous les appareils, même les mieux conçus, demeurent complétement inefficaces. Or, pour la faire, on a conseillé plusieurs procédés que nous avons besoin de rapporter ici; car tous, présentant quelque chose de bon et d'utile, semblent cependant ne pas atteindre d'une manière complète le but désiré.

Les uns ont proposé des tractions directes sur la main, les autres de joindre à ces tractions l'adduction de la main, d'autres enfin la répulsion des fragments osseux en sens inverse de leurs déplacements.

Les tractions sur la main sont sans doute fort bonnes et doivent être conservées; mais si on les pratique comme les auteurs le veulent, c'est-

à-dire en tirant sur la main dans l'extension, elles perdent leur bon effet, par suite de la mauvaise position dans laquelle on a préalablement mis la main pour les opérer. L'expérience cadavérique suivante prouve ce me semble assez bien cette assertion.

Si après avoir fait sur le cadavre une fracture de l'extrémité inférieure du radius en tout semblable à celle que l'on rencontre le plus souvent, c'est-à-dire une fracture oblique en arrière et en haut, avec une saillie du fragment supérieur en avant, et de l'inférieur en arrière et en dehors, on veut essayer de réduire cette fracture, en exerçant des tractions directes sur la main préalablement étendue, on voit alors que le fragment inférieur, loin de se porter en avant, tend au contraire à saillir davantage en arrière.

Cette expérience que tout le monde peut répéter est, selon nous, concluante, et nous montre que ce ne sont point les tractions qui sont mauvaises, mais bien la position dans laquelle on a, au préalable, mis la main pour les exécuter ; car, au lieu de la porter dans la flexion en avant pour entraîner avec elle le fragment inférieur dans le même sens, on la dirige, au contraire, en arrière. La fracture ne peut, par suite, être réduite d'une manière convenable.

La réduction de la fracture de l'extrémité inférieure du radius ne peut donc être opérée si l'on se borne à l'extension et à la contre-extension, comme on a l'habitude de la pratiquer.

Certains chirurgiens, frappés de la tendance qu'a la main à se porter souvent dans l'abduction, ont proposé à leur tour de joindre aux tractions directes l'adduction de la main. Avant de discuter ce point de doctrine, il faut, avant tout, s'entendre sur cette prétendue abduction de la main survenant à la suite des fractures que nous étudions. Si l'on veut désigner par ce mot le déplacement du carpe en dehors, sur le côté radial de l'avant-bras, sans doute il y a alors abduction de la main, puisque sa base se déplace comme le fragment inférieur du radius avec lequel elle est intimement unie. Si, au contraire, on entend par ce terme faire croire que toute la main se porte en dehors, c'est là une erreur que l'on ne peut admettre. Il suffit, en effet, de jeter les yeux sur quelques-unes de ces fractures pour se convaincre que les doigts notamment, loin d'être portés en dehors, se trouvent, par contre, dans l'adduction. Or, si l'on incline la main sur le côté cubital, on agit bien alors sur le fragment inférieur de la fracture ; mais, loin de le diriger en dedans, on le porte, au contraire, plus en dehors, et l'on augmente par suite la difformité. L'expérience suivante mettra hors de doute cette vérité.

Faites une fracture de l'extrémité inférieure du radius, et mettez-la à

découvert, de manière à bien voir le déplacement des surfaces mêmes. Essayez alors de la réduire en mettant la main dans l'extension et l'adduction, vous verrez aussitôt que le fragment inférieur, sollicité à se porter en bas, en avant et en dedans, restera en arrière, se déjettera plus en dehors, et décrira, en s'écartant du fragment supérieur, un espace en forme de v, dont la base correspondra au côté radial de l'avant-bras.

La répulsion des fragments osseux en sens inverse de leur déplacement est très-importante et mérite d'être conservée; car, puisque le fragment inférieur tend le plus souvent à se porter en arrière, on conçoit sans peine que le procédé consistant à ramener les surfaces osseuses dans leurs positions respectives, doive être, dans ces cas, très-efficace. Mais cette répulsion des fragments osseux devient insuffisante et perd beaucoup de son efficacité si on lui fait, comme les auteurs le conseillent, des tractions directes sur la main étendue; car, d'un côté, on tend à porter le fragment inférieur en avant; de l'autre, au contraire, on le porte en arrière; l'effet est alors presque nul ou très-peu sensible.

M. le professeur Bonnet, frappé des défectuosités des procédés de réduction ci-dessus indiqués, n'a pas craint de poser en principe, dans sa clinique chirurgicale, que pour réduire ces fractures il fallait aux tractions et aux pressions en sens inverse des déplacements des surfaces osseuses, joindre la flexion forcée de la main en avant. En voici les raisons : pour réduire ces fractures, il faut donner à la main une direction inverse à celle dans laquelle elles se sont produites. Or, comment s'opèrent-elles le plus souvent?

Le plus grand nombre des chirurgiens avancent que ces fractures sont rarement dues à une cause directe, et que le plus ordinairement ce sont des chutes sur la paume de la main et en second lieu sur le dos de cette dernière, qui leur donnent naissance. Mais celles-ci sont très-rares, comme on le pense bien; car sur 14 des fractures qui nous occupent, observées à l'Hôtel-Dieu de Paris en janvier 1830, trois seulement avaient été déterminées par cette dernière cause (Malgaigne, ouvrage cité, p. 604).

. Ces fractures sont donc généralement attribuées à un choc transmis à l'extrémité inférieure du radius, à la suite d'une chute sur la paume de la main. Or, est-ce là leur cause la plus commune? M. Bonnet ne le pense pas; il reconnaît bien qu'une forte pression sur la paume de la main peut leur donner lieu, mais il établit que le plus souvent c'est le renversement de la main en arrière qui les engendre; il se fonde, pour appuyer son assertion, sur l'expérimentation cadavérique. En effet, si,

voulant produire de pareilles fractures sur le cadavre, on agit directement sur la paume de la main, on ne donne lieu à ce genre de lésion que très-difficilement, tandis que si l'on porte la main dans la flexion forcée en arrière, on produit aussitôt une fracture de l'extrémité inférieure du radius, avec les mêmes caractères que les auteurs lui assignent, c'est-à-dire une fracture oblique en arrière et en haut, une saillie du fragment inférieur en arrière et en dehors, et du fragment supérieur en avant.

Cette idée ingénieuse sur le mécanisme de la production de ces fractures n'est pas jusqu'ici passée tout à fait inaperçue, puisque M. Bouchet (Thèse sur les luxations du poignet, Paris, juillet 1834) l'a déjà signalée, en nous faisant connaître ses expériences cadavériques opérées dans le but de produire la luxation du poignet par une flexion exagérée de la main en arrière, et que M. Voillemier (Archives de Médecine, 1842, tome XIII, p. 261) a eu occasion de constater sur le vivant des fractures produites par une cause analogue. Dans un des deux cas cités par ce chirurgien, la chute avait eu lieu sur la moitié inférieure de la main, et non sur son talon, et l'autre se rapportait à un individu qui n'était pas même tombé, mais à qui un de ses camarades avait fléchi le poignet outre mesure.

Or, en partant de ce principe que ces fractures sont la conséquence le plus souvent non d'un choc transmis à l'extrémité inférieure du radius, mais bien du renversement de la main en arrière, il en résulte que, pour les réduire, il faut donner à la main une direction inverse à celle dans laquelle elles se sont produites, c'est-à-dire la porter dans la flexion forcée en avant. La pratique et l'expérimentation prouvent en effet que c'est par la répulsion des fragments osseux en sens inverse de leurs déplacements, et par les tractions exercées dans la position fléchie de la main en avant, que l'on fait cesser tout à la fois et le chevauchement, et la direction vicieuse des surfaces osseuses.

Il ressort donc des expériences cadavériques que nous avons signalées et des considérations que nous venons de développer longuement, que, pour réduire les fractures de l'extrémité inférieure du radius, il faut aux tractions et aux pressions des fragments osseux en sens inverse de leur déplacement, joindre la flexion forcée de la main en avant. Abordons maintenant le second point de la question, celui qui a trait à l'appareil qu'il faut mettre en usage pour maintenir la réduction de ces fractures.

Les indications fondamentales que les chirurgiens se sont proposé de remplir jusqu'à ce jour, peuvent se résumer de la sorte :

1° Rétablir l'espace inter-osseux ;

2° Pratiquer l'extension permanente de la main ;

3° Faire cesser l'abduction de la main en la portant par contre dans l'addaction ;

4° Répulsion des fragments osseux en sens inverse de leurs déplacements ;

1° L'indication du rétablissement de l'espace inter-osseux, très-bonne lorsque le radius se trouve fracturé à sa partie moyenne, et à l'union de son tiers inférieur avec le moyen, est dans ces cas complétement inutile et de nulle valeur. « Comme l'espace inter-osseux (Malgaigne, « ouvrage cité p. 612) n'existe pas au niveau du fragment inférieur, « comme le fragment supérieur n'est porté en dedans que dans des cas « très-rares et même alors ne compromet pas sensiblement l'espace in-« ter-osseux : comme enfin ce déplacement, si léger, déjà très-difficile à « reconnaître sur le vivant, serait probablement plus difficile encore à « corriger, cette première indication tombe d'elle-même, et il n'est « pas autrement nécessaire de s'en occuper. »

2° Pratiquer l'extension permanente de la main;

M. Diday (Archives générales de Médecine, 1837) est un des premiers chirurgiens qui se soient occupés de remplir cette indication au moyen d'un appareil très-ingénieux. Mais cette extension permanente devient inutile, si l'on place la main dans la flexion modérée en avant, position où la fracture se trouve parfaitement réduite (l'expérimentation cadavérique le prouve suffisamment), et de plus elle est même nuisible, si on la pratique la main dans l'extension. Car, puisqu'en tirant sur la main étendue on ne remédie pas au renversement du fragment inférieur en arrière (ce que j'ai démontré plus haut), à plus forte raison on ne maintiendra pas, par un appareil qui remplit continuellement le même but, la réduction de la fracture.

3° Faire cesser l'abduction de la main, en la portant, par contre, dans l'adduction.

Cette indication, entrevue pour la première fois par Cline, fut saisie de nouveau par Dupuytren, qui la remplit à l'aide de moyens beaucoup plus énergiques. A l'appareil des fractures de l'extrémité inférieure de l'avant-bras, il ajoutait son attelle cubitale formée d'une lame de fer large d'un pouce, fortement recourbée en arc de cercle vis-à-vis le poignet, et armée de boutons sur sa concavité. Cette attelle était appliquée le long du cubitus, tenue écartée du poignet à l'aide d'un petit coussin de balle d'avoine ou de compresses épaisses, et fixée ainsi par un bandage roulé sur sa convexité : l'on renversait le bord cubital de la main, de manière à la mettre en adduction forcée, et on

la retenait dans cette situation avec une bande, soit avec un simple lacs, avec cette précaution, toutefois, de garnir le doigt indicateur d'un petit coussinet ou d'une compresse, de peur que la pression du lacs ne déterminât l'excoriation. Les boutons de la concavité de l'attelle avaient pour objet d'arrêter chaque tour de bande à la hauteur convenable.

Ce célèbre chirurgien, qui avait si bien saisi l'indication fondamentale des fractures de l'extrémité inférieure du péroné, avait cru trouver pareillement, en portant la main dans l'adduction, le véritable moyen de s'opposer à l'abduction de la main. Mais ce qui convient aux fractures de l'extrémité inférieure du péroné, ne peut en aucune manière satisfaire les exigences de celles que nous étudions. Car tandis que dans les fractures du péroné le fragment inférieur se porte en dedans, le fragment inférieur du radius, par contre, fait saillie en dehors et en arrière. Et comme le talon de la main s'articule avec l'extrémité inférieure de cet os, elle doit donc l'accompagner dans son déplacement, et se transporter par suite en arrière et sur le côté radial de l'avant-bras. Or, si, comme le veut Dupuytren, on porte alors l'extrémité antérieure de la main dans l'adduction, autrement dit, si on l'incline sur le côté cubital, loin de réduire la fracture, on augmente la difformité (ainsi que je l'ai démontré plus haut).

L'adduction de la main, loin d'être utile dans ces cas, devient même dangereuse, et doit être bannie du traitement de ces fractures.

4° Répulsion des fragments en sens inverse de leurs déplacements.

Cette indication parfaitement conçue, et fondée, du reste, sur les déplacements des fragments osseux, mérite d'être conservée. Elle appartient à l'habile chirurgien d'Aix, M. le docteur Goyrand. Son appareil consiste principalement en deux petits coussins, dont l'antérieur, long d'un pouce, et plus épais en haut qu'en bas, afin d'exercer une pression moindre sur le rebord articulaire antérieur du radius, ne dépasse pas la saillie du talon de la main, tandis que le postérieur appuyant sur le fragment inférieur, descend jusque sur le métacarpe. Les attelles dorsales et palmaires s'arrêtent où finissent les coussinets; des tours de bandes circulaires enveloppent l'avant-bras et fixent la main sur l'attelle dorsale (Journal hebdomadaire, f° 1136).

La répulsion des fragments osseux en sens inverse de leurs déplacements est, dans cet appareil, neutralisée en partie par la direction que l'on donne à la main. Car cette dernière, assujettie à l'attelle dorsale, doit se trouver, par suite, dans l'extension. Or, nous avons déjà fait voir que cette position de la main est vicieuse, en ce qu'elle tend à porter davantage le fragment inférieur en arrière. Cet appareil produisant cet inconvénient enlève donc, par suite, une grande partie des avan-

tages des coussinets destinés à repousser les fragments osseux en sens inverse de leurs déplacements.

Comme on le voit, M. le docteur Goyrand, d'Aix, a saisi dans le traitement de ces fractures une indication très-importante , celle de la répulsion des fragments osseux; mais son appareil, portant la main dans l'extension, vient, par suite, annihiler les bons effets des coussinets disposés à remplir cette indication.

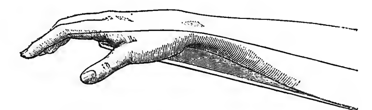
M. Malgaigne, cherchant à corriger ce qu'il y avait de défectueux dans cette méthode de traitement, a proposé de disposer en travers le coussinet appuyant sur le fragment antérieur qu'il ne *doit pas dépasser*, et l'autre sur le fragment postérieur, *ayant soin qu'il ne descende jamais assez bas pour faire obstacle à la flexion habituelle de la main en arrière.* « J'applique ensuite, dit-il (ouvrage cité, page 613), en « avant et en arrière de l'avant-bras deux attelles suffisamment gar- « nies, qui appuient fermement sur les deux coussins, et ne dépassent « pas le poignet ni en avant ni en arrière. Celle de devant seule doit « dépasser un peu le coussinet correspondant, qui tient son extrémité « trop écartée du poignet pour qu'elle puisse nuire, et ce prolongement « est nécessaire pour assurer la pression de l'attelle postérieure. »

Avant toute chose, on peut reprocher à cet appareil de ne pas assez immobiliser la main et par suite le fragment inférieur ; car les attelles ni les coussinets ne doivent dépasser le poignet afin, dit M. Malgaigne, *de ne pas faire obstacle à la flexion habituelle de la main en arrière.* Comment alors celle-ci se trouve-t-elle immobilisée? Objectera-t-on que, dans ces cas, la compression au niveau de la fracture est assez puissante pour s'opposer au déplacement des fragments osseux ? C'est là une opinion que l'on ne peut admettre, vu la petitesse du fragment inférieur. Mais admettons qu'il y ait immobilité complète des parties fracturées, M. Malgaigne oublie de nous dire dans quelle position la main, libre alors, doit être maintenue. Est-ce dans la flexion en avant? est-ce dans l'extension? Cet auteur semble faire supposer que la main est plutôt placée dans ce dernier sens; car blâmant (ouvrage cité, pag. 613) la longueur du coussinet postérieur de M. le docteur Goyrand, d'Aix, qui, empiétant sur le dos de la main, a, selon lui, l'inconvénient de tenir celle-ci dans une position contre nature, et par là de tendre les muscles extenseurs des doigts et de favoriser la raideur articulaire, il conseille de ne jamais le faire descendre assez bas pour faire obstacle à la flexion habituelle de la main en arrière ; or, cette position de la main est vicieuse au même titre que celle de l'appareil précédent, et j'ajoute dangereuse, par les mouvements qu'elle permet à l'organe de la préhension d'exécuter.

Nous venons donc de discuter une à une les principales indications fondamentales que les chirurgiens ont entrevues jusqu'ici pour maintenir réduites les fractures de l'extrémité inférieure du radius; de même que, lorsque nous nous sommes occupé de leur réduction, nous avons démontré qu'on avait négligé une indication importante, celle de la flexion de la main en avant ou sur l'avant-bras; enfin, nous venons de faire voir, ce nous semble, que cette lacune existe dans tous les appareils connus, même ceux qui remplissent le but de la manière la plus avantageuse.

Aussi M. Velpeau a-t-il pu avancer la phrase suivante après avoir décrit les appareils connus: « De tout ceci, je suis disposé à conclure « que si rien de mieux que ce qui existe n'était possible, il serait plus « sage d'abandonner ces bandages que de les appliquer aux fractures de « l'extrémité inférieure du radius. » (*Dict.* en 30 v., t. XXV, p. 283.)

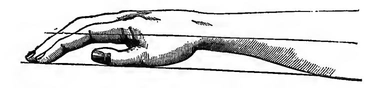
Décrivons maintenant l'appareil que M. Bonnet met en usage pour maintenir la réduction de ces fractures, nous chercherons ensuite à l'appuyer par quelques considérations anatomiques, et surtout par des faits qui nous paraissent très-concluants.



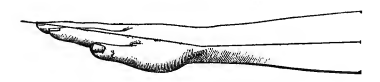
Après la réduction de la fracture opérée comme je l'ai indiqué ci-dessus, c'est-à-dire en tirant sur la main fortement fléchie en avant, on place l'avant-bras dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination; puis on applique sur sa face antérieure une attelle descendant jusqu'à la racine des doigts, et matelassée par un coussin disposé de telle sorte qu'elle décrive une courbe dans la partie la plus convexe, épaisse de 4 centimètres, qu'elle corresponde à l'extrémité du fragment supérieur, et vienne se mouler sur la concavité que présente en avant la jonction de l'avant-bras avec la main fléchie; dans ce dernier sens, à la fois on applique, s'il est nécessaire, un petit coussin sur la face postérieure du fragment inférieur, de manière à le porter davantage en avant. Le tout est maintenu par une bande roulée qui, partant des doigts, s'étend jusqu'à la partie supérieure de l'avant-bras.

De prime abord on pourrait croire que la main se trouve alors dans

cet appareil dans une position vicieuse. Il n'en est aucune cependan qui lui soit plus naturelle.



En effet, la bonne position de la main est celle où son axe se combine avec celui de l'avant-bras. Si l'on jette les yeux sur l'avant-bras et la main pendant sur les parties latérales du tronc, ou mieux si, plaçant l'avant-bras et la main en pronation, on les appuie mollement sur un plan horizontal, de manière à ce que leur face antérieure ou palmaire réponde directement à ce plan, comme l'indique la figure 2, on observe que l'axe de l'avant-bras se continue parfaitement avec l'axe de la main, et que cette dernière est portée dans la flexion en avant, de manière à décrire, au niveau de son union avec l'avant-bras, une concavité de 3 à 4 centimètres de hauteur. La figure ci-dessus démontre ce fait d'une manière suffisante.



La figure 3 montre la main et l'avant-bras dans la position qu'on leur donne, lorsque l'on applique, comme les auteurs le conseillent en général, une attelle droite sur leur face palmaire. Or, on peut voir, au premier coup d'œil, que l'axe de la partie inférieure de l'avant-bras et celui de la main ne se trouvent plus dans la même direction, et qu'à leur jonction ils constituent un angle obtus ouvert en haut. La main alors est portée dans l'extension, et est repoussée en arrière par la pression qu'exerce l'attelle sur les saillies antérieures de son talon.

Le traitement que nous venons de faire connaître a été déjà mis plusieurs fois en usage par M. le professeur Bonnet, et l'on a pu se convaincre, à sa clinique, des bons effets qu'il en obtenait. Nous ne rap-

porterons point ici tous les faits qui viennent à l'appui de cette pratique, ils sont aujourd'hui en nombre trop considérable pour pouvoir trouver place dans ce Mémoire, dont nous désirons borner l'étendue à un simple article de journal. Nous nous contenterons d'en citer quelques-uns qui démontrent suffisamment tous les avantages que l'on peut en retirer dans certaines circonstances difficiles.

Quand, par exemple, des fractures de l'extrémité inférieure du radius, traitées par les appareils ordinaires ou bien méconnues en principe, présentent au bout d'un et même de plusieurs mois, des consolidations vicieuses, des cals difformes avec des déviations anormales de la main qui abolissent les fonctions de celle-ci, on peut tenter alors la ressource extrême, celle de la rupture du cal, et les soumettre à l'usage de cet appareil qui a toujours procuré jusqu'ici des résultats auxquels on était loin de s'attendre. Voici à ce sujet deux faits bien probants :

Obs. I. *Fracture de l'extrémité inférieure du radius vicieusement consolidée ; rupture du cal au vingt-huitième jour ; réduction de la fracture par la flexion forcée de la main en avant. Application de l'appareil de M. Bonnet. Consolidation régulière en un mois et demi de traitement.* — Le 30 août 1848, Mme D....., de Lyon, âgée de cinquante ans, fit une chute sur la paume de la main droite. Le médecin qu'elle appela immédiatement après l'accident, méconnut une fracture de l'extrémité inférieure du radius, et la traita pour une simple entorse de l'articulation radio-carpienne. Le repos, les antiphlogistiques locaux (sangsues), et les cataplasmes émollients, furent le seul traitement qu'on lui opposa jusqu'au 23 septembre, époque à laquelle la malade, constatant qu'il existait une difformité très-grande au niveau de son poignet, vint consulter M. Bonnet. Ce chirurgien reconnut une fracture de l'extrémité inférieure du radius, en voie de consolidation, mais présentant un cal volumineux et difforme, et une déviation anormale de la main.

Le radius s'était brisé à deux centimètres de son extrémité inférieure ; car, à ce niveau, on constatait une saillie très-forte due à la formation du cal. Le talon de la main se trouvait déjeté en dehors et sur le côté radial de l'avant-bras, et la tête du cubitus faisait fortement saillie en dedans. De plus, le Z signalé principalement par M. Velpeau, comme signe caractéristique de ces fractures, était très-apparent chez cette malade. Une fracture du radius avait donc eu lieu ; et, méconnue, elle n'avait pas été traitée, et s'était par suite vicieusement consolidée.

Dans cette situation pénible pour cette dame, qui voulait à tout prix se débarrasser de sa difformité, M. Bonnet résolut de tenter la rupture du cal, afin d'appliquer ensuite avec succès son appareil de fracture. Mais comme il y avait encore au pourtour du poignet un gonflement inflammatoire assez considérable, il conseilla tout d'abord quelques bains froids locaux, qui l'enrayèrent bientôt.

Le 27 septembre, c'est-à-dire le vingt-huitième jour de l'accident, M. Bonnet opéra la rupture du cal, en renversant fortement la main en arrière. Un craquement et une mobilité anormale de la main lui ayant dé-

montré que la rupture était accomplie, il réduisit cette nouvelle fracture, en portant la main dans la flexion forcée en avant. Il appliqua alors l'appareil décrit ci-dessus. La douleur produite par cette rupture fut assez vive. Mais l'inflammation qu'elle semblait devoir engendrer ne fut pas considérable et disparut bientôt. On eut soin de resserrer de temps en temps l'appareil, et de s'assurer si la consolidation de la fracture s'opérait dans des conditions favorables. L'appareil amidonné, le 7 octobre, fut laissé en place pendant trente jours, et, le 10 novembre, on enleva le tout. La difformité de la main avait disparu ; la consolidation était complète et aussi régulière qu'on pouvait le désirer.

Obs. II. *Deux fractures de l'extrémité inférieure du radius, vicieusement consolidées, l'une située à un centimètre de son extrémité articulaire et datant de quatre mois, l'autre à trois centimètres et datant de six mois; rupture du cal de la plus ancienne. Réduction de la fracture par la flexion forcée en avant. Application de l'appareil de M. Bonnet; consolidation régulière au bout d'un mois de traitement.* — La nommée Benoitte, de Villeurbanne, se présente à la Clinique chirurgicale de M. le professeur Bonnet, le 17 octobre 1849. Elle est atteinte de deux fractures du radius gauche, dans les lieux indiqués ci-dessus, et vicieusement consolidées. Le cal de la plus ancienne est difforme et très-volumineux. Le poignet est entièrement déformé. La main est fortement déjetée en arrière et en dehors, de manière à ce que la préhension est presque impossible. Elle a été traitée par un de ces hommes qui, sous le nom de rhabilleurs, exploitent trop souvent la crédulité des gens de la campagne.

Cette femme, ne pouvant se servir de la main qu'avec beaucoup de difficulté, est décidée à tout tenter pour se faire débarrasser de son infirmité. M. Bonnet se résout, de son côté, à pratiquer la rupture du cal le plus difforme, c'est-à-dire le plus ancien, et celui qui contribue à produire la mauvaise position de la main.

Le 17 octobre, la malade étant endormie avec l'éther, M. Bonnet embrasse, de la main droite, la partie supérieure du cal, tandis qu'avec l'autre, il fléchit fortement en arrière la main de la malade, et, après quelques tentatives de flexion en divers sens, mais principalement en arrière, il opère la rupture du cal. La main est alors portée dans la flexion en avant, et y est maintenue à la faveur de son appareil. La malade n'avait rien ressenti de ces manœuvres, et n'accusait, en se réveillant, que peu de douleurs. Elle quitta l'hôpital le jour même, et revint quelque temps après faire constater que sa main était dans une très-bonne direction. L'appareil, renouvelé à certains intervalles, fut enlevé au bout d'un mois de traitement, c'est-à-dire le 17 décembre. La consolidation était complète et régulière. La difformité, due à la projection de la main en arrière, avait disparu. Le cal était peu volumineux. Nous l'avons revue depuis lors, et, aujourd'hui, la préhension est devenue facile et la main peut exécuter sans gêne tous les mouvements possibles.

Ces deux faits, comme on le voit, prouvent assez, ce me semble, en faveur de cette méthode de traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius ; mais, de plus, ils sont intéressants sous un autre point de vue. La rupture du cal a été opérée chez ces deux malades d'après un procédé qui n'a entraîné à sa suite aucun accident. Je pourrai, m'é-

tayant sur ces deux observations, dire quelques mots de la rupture du cal des fractures que nous étudions, et faire connaître en entier le procédé qu'a employé M. Bonnet, donner à ce sujet des règles importan es, et le rapprocher ensuite de celui que M. Malgaigne vient de publier dans son journal de chirurgie du mois d'octobre 1849 ; mais mon intention n'est pas d'aborder aujourd'hui cette question; je la laisse pour le moment de côté, me réservant de la traiter d'une manière aussi complète que possible dans un autre travail.

E.-R. Philipeaux, D. M.

CHIMIE ET PHARMACIE.

REMARQUES PHARMACOLOGIQUES SUR LA GLYCÉRINE, OU PRINCIPE DOUX DES HUILES.

Le *Bulletin de Thérapeutique* a fait connaître à ses lecteurs les applications thérapeutiques de la glycérine, tentées en Angleterre; mais il n'a rien été dit du mode de préparation de ce produit. C'est cette lacune que nous venons remplir, afin de mettre les pharmaciens à même d'en mettre à la disposition des médecins qui voudraient l'expérimenter.

Et d'abord, qu'est-ce que ce produit?

D'après les chimistes modernes, les huiles et les graisses sont des combinaisons d'acides gras et d'oxyde lipylique. Si l'on met en contact ces produits naturels avec un oxyde métallique sous l'influence de l'eau, ce dernier se combine aux acides gras, et forme un savon soluble ou insoluble, selon sa nature, tandis que l'oxyde lipylique déplacé, s'appropriant immédiatement les éléments de l'eau, se transforme en glycérine.

L'obtention de la glycérine, en tant que l'on ne tient pas à avoir un produit chimiquement pur, est assez simple. Ainsi, on peut l'obtenir dans la préparation de l'emplâtre simple (savon de plomb), en décantant le liquide qui surnage celui-ci à la fin de l'opération, faisant arriver dans le liquide un courant d'hydrogène sulfuré pour précipiter l'oxyde de plomb en dissolution dans ce liquide, filtrant et évaporant au bain-marie en consistance sirupeuse : le produit est la glycérine.

On peut aussi saponifier une matière grasse par un lait de chaux. On sépare le liquide du savon calcaire formé; on traite la liqueur par un peu d'acide sulfurique dilué qui précipite à l'état de sulfate la chaux restée en dissolution ; on évapore le liquide au bain-marie jusqu'à consistance sirupeuse; on reprend par l'alcool fort qui s'empare de la

glycérine, et il ne reste plus qu'à évaporer de nouveau au bain-marie en consistance sirupeuse.

Dans les fabriques de bougies stéariques on peut se la procurer en grande quantité.

Obtenue par évaporation dans le vide, la glycérine a l'aspect d'un sirop épais ; elle est inodore, incolore, d'une saveur sucrée. Sa densité est de 1.28. Exposée au contact de l'air, elle en absorbe l'humidité, et devient d'abord jaune, puis brune. Elle peut supporter une température de 150° sans se décomposer. Au-dessus de 100° elle répand une odeur de colle. Elle se dissout en toutes proportions dans l'eau, l'alcool, les huiles ; mais elle est insoluble dans l'éther. Elle possède un pouvoir dissolvant très-étendu. Ainsi, non-seulement elle dissout la plupart des corps que l'eau et l'alcool dissolvent, mais elle dissout encore beaucoup de sels et d'oxydes métalliques insolubles dans ces liquides. Avec quelques oxydes elle semble former des combinaisons à la manière du sucre.

Un chimiste espagnol, M. Sobrero, vient de faire connaître qu'en traitant la glycérine par le mélange d'acide sulfurique et d'acide azotique propre à produire la pyroxyline, on la transformait en un produit des plus vénéneux et des plus explosifs, sans presque altérer ses propriétés physiques.

On ne saurait encore se prononcer sur la valeur thérapeutique de la glycérine, d'après les quelques applications qui en ont été faites en Angleterre. Mais il nous paraît évident, d'après les propriétés que nous venons de relater, que la glycérine est appelée à devenir un agent précieux de dissolution dans les opérations pharmaceutiques. N'étant pas volatile, si ce n'est partiellement, au-dessus de 150°, et étant hygrométrique, elle pourra, en outre, servir à entretenir certains corps dans un état de liquidité ou de mollesse permanent. C'est sans doute à sa présence qu'il faut attribuer la supériorité de l'emplâtre simple qui a manqué d'eau à la fin de sa préparation, sur celui qui, au contraire, a été complétement immergé dans ce fluide jusqu'à la fin.

MOYEN DE RECONNAÎTRE LA FALSIFICATION DE LA CIRE PAR LE SUIF OU L'ACIDE STÉARIQUE.

D'après Vogel, on peut reconnaître l'adultération de la cire blanche par le suif ou l'acide stéarique, à l'aide du chloroforme. 1 partie de cire pure mise en contact pendant quelque temps, à la température ordinaire, avec 8 parties de chloroforme, cède à celui-ci 1/4 de son poids. Il s'ensuit que si de la cire suspectée, traitée de la même manière, éprouve

une perte excédant le 1/4 de son poids, on devra la considérer comme adultérée par un corps gras.

Pour la décélation de l'acide stéarique nous préférons les moyens suivants :

On introduit dans un petit matras de l'eau de chaux bien limpide et de la cire divisée en lames minces; on chauffe. Si la cire est pure, l'eau de chaux reste transparente, et conserve sa réaction alcaline. Dans le cas contraire, elle devient louche et ne réagit plus sur le papier de tournesol. Avec une eau de chaux titrée on peut apprécier l'importance de la fraude (Regnard).

On fait fondre 1 partie de la cire dans 2 parties d'huile d'amande ou d'olive, on bat le mélange avec son poids d'eau, comme pour préparer du cérat, et on y ajoute quelques gouttes d'acétate de plomb liquide. Si la cire contient de l'acide stéarique, il y a une réaction instantanée. Il se produit du stéarate de plomb qui rend la masse solide, ce qui n'arrive pas avec de la cire qui ne contient pas d'acide stéarique. On peut, par ce procédé, déceler dans la cire 1/20 d'acide stéarique (Lebel). D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE LA SUPÉRIORITÉ THÉRAPEUTIQUE ET HYGIÉNIQUE DES DENTIFRICES LIQUIDES SUR LES DENTIFRICES SOLIDES OU PULVÉRULENTS.

Nous ne définirons pas les *dentifrices*; tout le monde sait que ce sont des mélanges pharmaceutiques destinés à entretenir la propreté, la salubrité et la blancheur des dents. Cette dernière propriété surtout a été prise en grande considération par les inventeurs de dentifrices. La preuve de ce que nous avançons, nous là trouvons dans la présence des corps acides qui font partie des composants, et qui agissent aux dépens de la dureté, de la solidité de l'émail, en attaquant, en corrodant et détruisant peu à peu cette enveloppe dentaire. C'est principalement dans les poudres que l'on rencontre cette acidité pernicieuse que nous signalons, et à laquelle le public ne fait pas attention, désireux qu'il est d'avoir à sa disposition un moyen prompt et certain d'arriver à son but, l'entretien de la blancheur des dents.

Certains opiats dentifrices contiennent également des substances acides, mais ils en renferment moins cependant que les poudres, et moins aussi que plusieurs des liqueurs vendues sous les noms d'*eau*, d'*élixir*, etc., parmi les articles de parfumerie et de toilette.

Ce ne sont pas ces derniers dentifrices que nous préférons et que nous

considérons comme supérieurs, non ; ce qui précède suffit d'ailleurs pour faire connaître notre opinion et notre choix. En effet, un corps acide reste acide, quel que soit le corps avec lequel il est associé ou mélangé —nous ne disons pas combiné,—et sa propriété corrosive, un peu diminuée par le fait même du mélange, reste à peu près la même. Ses dangers sont moindres, sans aucun doute ; mais l'usage fréquent et journalier qu'on en fait amène après lui, dans un temps toujours fort court, le mal que nous avons signalé, c'est-à-dire l'altération de la partie solide et externe de l'organe dentaire, et, par suite, la destruction, la perte de la dent elle-même.

Les dentifrices liquides auxquels nous donnons la préférence, que nous regardons, avec la grande majorité des hommes de l'art qui portent dignement et honorablement le titre de dentiste, comme réellement supérieurs et préférables, ce sont les *eaux, élixirs, esprits*, etc., préparés par macération ou par distillation avec certaines plantes, ou certaines parties de plantes jouissant de propriétés astringentes, toniques, antiscorbutiques et antiseptiques.

Ces préparations très-foncées en couleur, surtout celles qui ont été faites par macération, très-chargées des principes résineux, volatils et aromatiques enlevés par l'alcool aux substances qui ont servi à leur composition, doivent être étendues d'une certaine quantité d'eau quand on veut s'en servir. Elles forment alors une liqueur trouble, plus ou moins dense, d'une couleur variable, d'une odeur toujours agréable, d'une saveur fraîche, et c'est alors aussi que leurs qualités se manifestent, que leur supériorité devient évidente.

A quoi tiennent, en effet, ce trouble, cet aspect lactescent que nous venons de signaler? A l'affaiblissement du degré de concentration de l'alcool, véhicule ordinaire de ces sortes de préparations ; à la suspension momentanée, à la précipitation des principes résineux, volatils et aromatiques dont le dissolvant s'était chargé et qu'il abandonne. Dans quel état sont tous ces corps ainsi suspendus et en voie de précipitation? Dans un état de division extrême, de ténuité infinie, division et ténuité que l'on ne rencontre jamais dans les poudres dentifrices les mieux porphyrisées, dans les opiats les plus atténués sous le pilon du pharmacien. Rien à craindre donc de l'usage des dentifrices liquides dont il vient d'être question.

Appliqués sur les dents avec une brosse douce ou une éponge fine supportée par un mandrin solide, on n'a plus à redouter le déchirement des tissus, le décollement des gencives qui ont si souvent lieu par suite de l'implantation, de l'introduction de quelques fragments de poudre entre l'organe dentaire et la pulpe charnue qui entoure l'al-

véole. Il est vrai, peut-être, qu'on obtient ici un frottement moins actif, moins prompt, moins favorable dans ses résultats ; que les dents, par conséquent, acquièrent une blancheur moins éclatante, un aspect moins brillant ; mais combien sont faibles tous ces avantages quand on les compare aux dangers que nous avons signalés et que nous pourrions longuement énumérer !

Déjà beaucoup de dentifrices liquides sont publiés dans les ouvrages, adoptés par le public, et presque tous méritent les éloges qu'on leur a donnés, la réputation qu'ils ont acquise. Nous allons encore ajouter à ce nombre en donnant ici, pour terminer, la recette suivante que nous recommandons, non comme père ou inventeur, mais comme dépositaire et comme témoin de ses excellentes qualités.

Dans un litre d'alcool à 36 degrés, faites macérer pendant quinze à vingt jours :

Huile essentielle de menthe............	8 grammes.
Poudre de girofle....................	8 grammes.
— de cannelle..................	8 grammes.
Anis vert.........................	30 grammes.
Poudre de cachou..................	60 grammes.
— de kina rouge...............	60 grammes.
Camphre..........................	4 grammes.
Musc.............................	0,01 centigr.

Filtrez et conservez.

Tel est l'*élixir dentifrice* dont plus de vingt familles de notre connaissance se servent depuis trente ans au moins.

Notre *élixir* habituel et favori est beaucoup plus simple : c'est un mélange à parties égales de teinture de kina et d'alcoolat de cochléaria. Depuis quarante ans nous nous rinçons la bouche chaque matin avec une cuillerée à café de ce mélange pour un demi-verre d'eau, tiède en hiver, froide en été, et nous nous en trouvons fort bien. F. Foy.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai de pharmacologie thérapeutique générale. Traité de pharmacologie spéciale. 2 volumes in-8, par le docteur Jaumes, agrégé et conservateur des collections de la Faculté de médecine de Montpellier, membre de l'Académie des sciences et lettres et de la Société de médecine pratique de la même ville, etc., etc.

Les sciences d'application doivent toujours s'appuyer sur des principes généraux, d'où elles découlent naturellement. Jusqu'à ce moment

les matières médicales rédigées en dehors de cette heureuse tutelle n'ont point satisfait les médecins. L'on sait avec quelle dédaigneuse sévérité Fourcroy et Bichat les avaient flétries.

La pharmacologie générale, c'est-à-dire la substance, l'esprit de la science des médicaments, était donc à créer. M. Jaumes qui compte de nombreuses années d'un enseignement suivi et religieusement écouté, a eu le courage d'entreprendre cette tâche. Sachons-lui-en gré, le point de vue unitaire et philosophique de la doctrine médicale de Montpellier, dont il a été nourri, l'a parfaitement servi dans cette périlleuse entreprise. Disons de suite que son livre, tout en comblant une lacune, est venu démontrer pour la première fois que cette doctrine pouvait être utilement appliquée à la pharmacologie.

La matière médicale, jusqu'à cette heure, avait été tributaire des doctrines régnantes : chimique avec Jacobus Sylvius et Quersetan, humoriste avec Geoffroy et Desbois de Rochefort, elle relevait des idées de Haller et de Bichat sous la plume de Schwilgué et d'Alibert, de la théorie de l'irritation sous celle de Barbier, du contro-stimulisme dans les pages de Giacomini, d'un éclectisme déguisé sous l'aile de MM. Trousseau et Pidoux, et enfin de l'humorisme moderne sous les inspirations fécondes de MM. Mialhe, Bouchardat, Andral, etc.

L'œuvre de M. Jaumes aura pour résultat, tout en additionnant le progrès, d'affranchir la science des médications de ces révolutions périodiques qui sont le désespoir des praticiens. Oui, le jour où, la pathologie, la thérapeutique et la pharmacologie générale réunies dans un même esprit, l'on pourra constituer un enseignement de méthodologie générale comme le désirait Cabanis ; ce jour, les systèmes en médecine deviendront plus rares et moins dangereux ; la philosophie qui régnera sur toutes les branches de l'art en défendra l'entrée à toute hérésie, de quelque couleur séduisante qu'elle se pare.

Quand un médecin vulgaire prescrit un médicament, il ne doute pas de tous les problèmes que renferme sa détermination thérapeutique, à l'occasion de l'impression du remède sur l'organisme. Tantôt la force vitale prêtera de l'attention au remède, tantôt elle n'en tiendra pas compte ; tantôt elle en modifiera les propriétés, sera *sensible* à des doses infinitésimales, *indifférente* à des doses énormes. Tantôt elle témoignera de l'action du remède dans un organe bien éloigné du lieu où il a été appliqué, tantôt elle n'accusera réception de l'impression reçue que quinze à vingt jours après, tantôt elle se jouera des poisons, et succombera à l'action d'une substance inerte.

En présence de ces éventualités et de mille autres que la science pratique enregistre tous les jours, quelle conduite tiendra le médecin?

Restera-t-il en repos ou agira-t-il? En agissant, sur quel appareil portera son action, sur quel système organique, sur quel organe agira-t-il ? sur le dynamisme moral ou vital; sur la sensibilité ou l'irritabilité; sur l'ensemble de l'économie; sur des points isolés, localisés et par telle ou telle voie? Mettra-t-il à contribution les forces en réserve? Soustraira-t-il des forces ou en ajoutera-t-il? Ses moyens d'action seront-ils hygiéniques ou moraux, vitaux ou chirurgicaux? Mettra-t-il en jeu les sympathies, les synergies?

C'est en présence d'une thérapeutique aussi vaste et aussi élevée que M. Jaumes a écrit sa Pharmacologie générale; il s'est occupé tour à tour du médicament, de ses effets physico-chimiques et dynamiques; de la médication, de la mutation affective; de la maladie du remède; de la mutation médicatrice; de la receptivité du corps vivant par rapport aux médicaments, etc., etc...... chapitres entièrement nouveaux et d'un intérêt saisissant; de l'appropriation médicamenteuse (formes, mélanges, combinaisons, doses); des voies ouvertes aux médications; des surfaces d'application, etc.

Dans le second volume, qui est entièrement composé, l'auteur formule les préceptes pratiques que l'on peut déduire de ce qu'il vient d'exposer; ce sera la partie synthétique de la Pharmacologie générale.

L'œuvre de M. Jaumes serait demeurée incomplète s'il n'eût pas donné en même temps une pharmacologie spéciale. Le premier volume est déjà en circulation et le second est sous presse.

Dans la partie imprimée, l'auteur a traité des rubéfiants, des vésicants, des caustiques, des évacuants, des diurétiques, des sudorifiques, des expectorants, des emménagogues, des sialogogues, des errhins, etc.

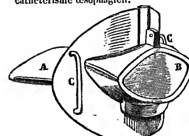
Si dans la Pharmacologie générale l'auteur s'est ouvert de nouvelles régions dans le domaine de la spéculation et de la philosophie, que nous aurons occasion d'apprécier dans un autre article, dans sa Pharmacologie spéciale il est clair, positif, accessible à toutes les intelligences : il entre dans les moindres détails sur l'emploi des médicaments, leur forme, leur volume, leurs doses, etc. Il a eu le bon goût de limiter son arsenal et d'en signaler toute la puissance virtuelle, et cela d'après sa pratique, et celle des plus grands maîtres de tous les temps et de tous les pays. Inutile de rappeler que M. Jaumes a tenu compte de tous les progrès de la physique et de la chimie. Ainsi présentée, la pharmacologie sera hors d'atteinte des agitations théoriques.

Encore sous l'impression de la vive satisfaction que nous a causée la première lecture de ce livre, nous attendrons, pour nous livrer à des considérations critiques, que l'un et l'autre ouvrages soient terminés.

R.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ALIENÉS (*Nouvel appareil pour l'alimentation forcée des*). Un des obstacles les plus difficiles à surmonter dans le traitement des aliénés c'est le refus fait par ces malades de prendre des aliments et des boissons. Nous n'avons pas à revenir sur les diverses sondes œsophagiennes destinées à ingérer des aliments dans l'estomac des aliénés qui se refusent obstinément à toute alimentation, c'est un point de pratique que nous avons eu à exposer, en mentionnant les perfectionnements apportés, en ces dernières années, aux procédés anciens. Malgré ces améliorations incontestables, l'emploi de la sonde œsophagienne n'était pas encore sans inconvénients ; aussi signalerons-nous comme un nouveau progrès dans cette voie, l'appareil suivant, que M. Charrière vient de construire sur les indications du docteur Billod, médecin de l'asile des aliénés de Blois, et que cet habile fabricant a soumis au jugement de l'Académie. Ainsi que le montre la figure ci-jointe, cet appareil est d'une extrême simplicité, et son mode d'action écarte tous les inconvénients attachés au cathétérisme œsophagien.



Il se compose d'une plaque métallique percée d'un trou ovale B qui représente une sorte de bouche. Sur la lèvre inférieure s'applique et s'appuie une gouttière en acier A légèrement recourbée transversalement et arrondie par le bout. La face postérieure de la plaque est disposée de manière à se mouler sur le pourtour de la bouche, et à la clore exactement, tandis que la gouttière métallique déprime la langue. L'ouverture ovalaire est munie d'une soupape s'ouvrant de dehors en dedans, lorsque l'on introduit une cuiller, et se refermant aussitôt de manière à s'opposer au rejet des aliments. Le malade, contenu par la camisole, est assis sur une chaise, la tête un peu renversée en arrière, et fortement appuyée par un aide contre sa poitrine; le médecin glisse entre les mâchoires la gouttière linguale, manœuvre toujours très-facile à exécuter, quelle que soit la résistance qu'opposent les sujets. Un aide maintient l'appareil en place, au moyen de trois doigts, ou d'un lien fixé par les deux anses c c, et l'opérateur introduit dans la bouche, au moyen d'une cuiller l'aliment, soit tout à fait liquide, soit d'une très-médiocre consistance; à chaque cuillerée, on doit serrer un peu les narines du malade. M. le docteur Billod a eu déjà plusieurs fois l'occasion de se servir de cet appareil chez des aliénés, qui au bout de quelques séances, convaincus de l'inutilité de leur résistance, ont consenti à manger seuls. Il pense qu'outre cette indication, cet instrument, dont l'application ne présente aucun danger, pourra être mis en usage dans la pratique, par exemple, pour l'administration de certains médicaments dans les maladies des enfants, dont la résistance obstinée fait le désespoir du médecin. Cet appareil est mis à l'essai à l'hôpital des enfants, dans le service de M. Guersant. Nous rendrons compte des résultats.

CHLOROFORME (*Du*) *à doses minimes et fractionnées, comme moyen d'atténuer la douleur dans les contractions pathologiques pendant une partie du travail de l'accouchement.* On sait qu'en Angleterre beaucoup d'accoucheurs, à l'exemple de M. Simpson, font un usage à peu près général des anesthésiques dans la pratique des accouchements, aussi bien dans les accouchements naturels que dans les accouchements contre nature, mais avec cette réserve, toutefois, de ne pas pousser l'anesthésie aussi loin dans les premiers que dans les seconds. Chez nous, au contraire, à peine les accoucheurs recourent-ils dans de rares circonstances aux anesthésiques pour les manœuvres qu'exigent les accouchements laborieux, et leur

emploi est resté jusqu'ici presque complétement étranger aux accouchements naturels. Cependant, qui ne sait qu'il est des cas où, bien que le travail soit spontané, bien que l'accouchement puisse et doive avoir lieu sans nécessiter aucune manœuvre obstétricale, les femmes sont en proie à des douleurs tellement vives qu'il en résulte souvent des convulsions? Pourquoi priverait-on, dans ce cas, les femmes du bienfait de l'anesthésie? Un seul motif pourrait justifier cette réserve excessive, ce serait la crainte des dangers possibles de l'anesthésie. Si le danger peut être sûrement conjuré par la prudence de l'opérateur, il ne reste plus aucune raison de s'abstenir. Persuadé, en effet, que le manque de prudence seul peut déterminer des accidents, M. Chailly-Honoré s'est déterminé à imiter la conduite de M. Simpson, et à étendre l'usage du chloroforme au travail spontané. Mais le but, dans ce cas, étant d'atténuer simplement la douleur pendant un temps plus ou moins long de ce travail, il n'est nul besoin de produire une insensibilité complète; on a, en agissant ainsi, le double avantage de conserver à la patiente l'intégrité de son intelligence et de sa présence d'esprit, et de pouvoir prolonger l'usage du chloroforme pendant plusieurs heures de suite. Voici de quelle manière s'y prend M. Chailly-Honoré pour atteindre ce résultat.

La patiente est couchée, et, au moment où la contraction va se manifester, on approche d'une narine un flacon aux deux tiers rempli de chloroforme, l'autre narine étant aplatie par un doigt, le sujet fait une grande et longue inspiration la bouche fermée, respire ensuite en ouvrant la bouche, puis recommence à inspirer à l'approche d'une nouvelle contraction, et ainsi de suite jusqu'à la fin du travail. Dans un des cas que rapporte M. Chailly, l'inhalation ainsi pratiquée a pu être prolongée pendant quatorze heures, et la dose du chloroforme inspiré s'est élevée à 35 grammes, sans qu'il en soit résulté aucun accident, et sans que la femme ait un instant perdu la conscience de son état et sa présence d'esprit. Le résultat de cette pratique, dans les cas où elle a été mise en usage, a été d'atténuer les douleurs, au point de les réduire aux proportions des premières douleurs ou des *mouches*. M. Chailly-Honoré ajoute, en outre, mais sans dissimuler que ce pourrait bien n'être là qu'une simple coïncidence, que les suites des couches faites dans cette condition lui ont paru être plus simples, plus exemptes de ces petites complications qu'on rencontre si souvent dans les cas où les femmes ont été livrées à un travail long et pénible. L'avenir éclairera sur le rapport réel qui peut exister entre ce résultat et la cause présumée, ainsi que sur l'étendue qu'il conviendra de donner à l'application du procédé d'inhalation préconisé par M. Chailly. (*Union médicale*, février 1850.)

CHLOROSE *des femmes enceintes, cause des accidents communément attribués à la pléthore*. Les accidents et troubles fonctionnels, si communs chez les femmes enceintes, surtout pendant la dernière moitié de la grossesse, tels que céphalalgie, étourdissements, vertiges, tintements d'oreilles, dyspnée, palpitations, etc., ont été généralement attribués jusqu'à présent à la pléthore. De là cette pratique si généralement répandue et si vulgaire, des saignées pratiquées vers la fin de la grossesse, soit pour prévenir ces accidents, soit pour y remédier. Cette pratique est-elle bien fondée? Si l'on tient compte du nombre de cas assez considérable où les saignées ne préviennent ni ne font cesser les accidents en question, on serait tenté de croire que cette manière d'agir est plus fondée en théorie qu'en fait. Mais voici venir un savant accoucheur qui se fait fort de démontrer que cette pratique n'est pas fondée, au moins pour la généralité des cas, tant en principe qu'en application. Dans un travail récemment communiqué à l'Académie, M. Cazeau s'est proposé d'établir, sur des preuves physiologiques et sur des faits d'observation et de pratique, que les accidents dont il s'agit, loin d'être dus à une pléthore, doivent le plus souvent être attribués à un état chlorotique ou chloro-anémique.

Nous n'énoncerons pas ici les preuves nombreuses que l'auteur emprunte, pour étayer cette proposition, à la chimie, à la physiologie et à la pathologie; nous nous bornerons seulement à signaler un genre d'argument auquel les prati-

ciens seront plus sensibles, l'expérience. Or, d'après ce qu'assure M. Cazeaux, une alimentation animale et l'administration des ferrugineux lui ont toujours paru, depuis six ans qu'il en a fait l'épreuve, aussi utiles contre les troubles fonctionnels de la grossesse que contre ceux de la chlorose. A moins que ces accidents ne soient très-graves, dit-il, je ne pratique plus de saignées pour remédier aux palpitations, et je ne les ai pas vues encore une seule fois résister plus d'une quinzaine de jours à l'emploi des ferrugineux.

Si la proposition que soutient M. Cazeaux a, dans son énoncé du moins, une certaine apparence paradoxale, elle pourrait bien renfermer en fait une vérité qui aurait été méconnue jusqu'ici, et dont il resterait à l'expérience ultérieure et à une observation attentive à apprécier le degré de réalité et d'importance. C'est ce qui nous engage à appeler sur cette question, digne à tous égards d'intérêt, l'attention des praticiens, et en particulier des accoucheurs, plus spécialement à même de concourir à sa solution.

CHLORURE DE SODIUM (*Du*) *en collyre contre les ulcérations de la cornée.* L'emploi du sel marin *intùs* et *extrà* joue un très-grand rôle dans la thérapeutique des enfants, notamment dans les affections de nature strumeuse. Nous avons été fréquemment témoins des bons effets qu'en obtient journellement M. Guersant à l'hôpital des enfants. Le moyen sur lequel nous appelons actuellement l'attention de nos lecteurs n'est donc qu'un cas particulier d'une méthode généralement connue; mais il n'en mérite pas moins d'être signalé, tant à cause de la gravité des accidents qu'il est destiné à combattre, que pour son efficacité et la facilité de son emploi.

Il y a sept à huit ans environ que M. Tavignot a publié les premiers essais de l'emploi topique du chlorure de sodium contre les ulcérations de la cornée; l'expérience qu'il a acquise depuis, et la sanction qu'a reçue sa méthode par l'assentiment d'un grand nombre de praticiens, donnent un nouvel intérêt à la nouvelle communication de M. Tavignot: — M. Tavignot emploie le chlorure de sodium en collyre dans tous les cas d'ulcérations de la cornée, qu'il s'agisse d'ulcérations transparentes ou opaques. Le premier effet qui résulte de l'emploi du chlorure de sodium est un brusque arrêt dans la marche envahissante de l'ulcération; puis après cinq à six jours du même traitement, l'ulcère, qui était resté stationnaire, tend à se déterger insensiblement : une partie de la lymphe plastique infiltrée entre les lames sous-jacentes de la cornée, ou épanchée à la surface de l'ulcération est résorbée; l'autre partie concourt à former la cicatrice leucomateuse. Dans ses premiers essais, M. Tavignot employait le chlorure de sodium, tantôt en crayon, tantôt en pommade ou en collyre. Il s'est arrêté depuis à cette dernière forme. Voici la formule ordinaire, telle qu'il la prescrit dans le plus grand nombre des cas, et spécialement dans les ulcérations de la cornée, pour commencer le traitement.

Pr. Eau distillée. . . . . 30 grammes.
Chlorure de sodium. . 4 grammes.

Ce collyre suffit, le plus souvent, dit M. Tavignot, pour opérer la guérison. Dans les cas plus graves, on a recours au suivant, qui est mieux supporté après le premier qu'il ne l'eût été d'emblée, la sensibilité de la conjonctive étant déjà émoussée par l'habitude.

Pr. Eau distillée. . . . . . . 30 grammes.
Chlorure de sodium. 6 ou 8 grammes.

L'instillation de ce collyre doit être faite trois fois par jour : le matin, à midi et le soir. A chaque instillation, le malade éprouve un sentiment de cuisson assez vif, surtout quand on prescrit une dose élevée de chlorure de sodium. Toutefois les expériences comparatives de M. Tavignot à cet égard lui ont démontré que si la douleur est un peu plus pénible avec le collyre au sel marin qu'avec le collyre au nitrate d'argent, en revanche elle dure moins longtemps.

L'emploi du collyre au sel marin n'exclut, bien entendu, aucun des moyens subsidiaires usités en pareil cas, soit pour combattre les complications les plus ordinaires de la kératite ulcéreuse, soit pour consolider la guérison et prévenir les récidives. (*Journ. des conn. médico-chirurgic.*, mars 1850.)

COLCHIQUE (*Du*) *et de ses propriétés plus particulièrement purgatives que diurétiques.* Nous avons plusieurs

fois rapporté des exemples des bons effets du colchique comme diurétique et hydragogue, propriétés qui semblent avoir été méconnues pendant quelque temps pour la vertu antigoutteuse attribuée à ce médicament. L'incertitude qui règne encore à l'égard des véritables propriétés thérapeutiques de cet agent, et l'infidélité de son action dans les diverses circonstances où son emploi a paru indiqué, ont engagé M. Smith à le soumettre à une étude spéciale, dont on nous saura gré sans doute de faire connaître les résultats consignés dans un Mémoire couronné par la Société de médecine de Bordeaux.

Le colchique, d'après M. Smith, agit localement comme irritant ; introduit à dose assez élevée dans l'estomac, il y produit de la chaleur, de la brûlure même, des nausées et des vomissements ; mais en observant de près son action intérieure, on voit qu'il agit sur l'organisation de deux manières très-distinctes, et que sa vertu diurétique n'est pas si directe qu'on le prétend généralement. D'abord son effet *primitif* est toujours *purgatif*, et ce n'est qu'à la suite qu'il devient *diurétique*. Encore, pour produire cet effet, faut-il qu'il soit prescrit à doses moyennes et répétées. Le colchique possède encore un autre effet qui le rapprocherait, suivant M. Smith, de la digitale : c'est son action sur le système circulatoire. Une fois absorbé, le colchique déprime remarquablement les mouvements du cœur et des artères ; le pouls devient faible et se ralentit d'une manière notable.

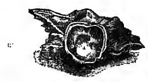
Le colchique administré longtemps de suite ou à des doses élevées produit des vomissements, des selles sanguinolentes, ténesme et douleurs hémorrhoïdales, dysurie, miction sanguinolente, vertiges, tremblement, oppression, syncope, pouls petit, intermittent, transpiration, etc., en un mot tous les accidents de l'empoisonnement par les irritants âcres.

Les affections contre lesquelles le colchique agit puissamment, sont : les affections goutteuses et rhumatismales, les hydropisies inflammatoires et rhumatismales, les affections chroniques des membranes muqueuses dont le produit est une sécrétion très-abondante.

En résumé, suivant M. Smith, l'efficacité du colchique soit dans les hydropisies, soit dans les affections goutteuses et rhumatismales de caractère phlogistique, tiendrait à la double propriété purgative et diurétique, mais purgative surtout, et à l'action déprimante sur la circulation dont jouit cet agent. Mais pour que ses préparations produisent leur effet, il importe que les parties de la plante soient fraîchement récoltées tous les ans. La teinture, le vin, la poudre de semences, sont les meilleures préparations à employer. Enfin M. Smith conseille, pour en mieux assurer l'effet, d'administrer, avant la prescription des préparations du colchique, un purgatif doux, comme du calomel. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

NÉCROSE *de l'arc antérieur de l'atlas, suivie d'exfoliation et de guérison.* Les maladies des vertèbres cervicales, surtout celles de la première et de la seconde vertèbre, ont été considérées, avec raison, comme des affections extrêmement graves, qui compromettent très-immédiatement la vie, par la possibilité du déplacement des vertèbres et de la compression de la moelle. On a pensé, on outre, que, dans les cas de destruction de l'arc antérieur de l'atlas, le ligament transverse ne serait plus suffisant pour maintenir l'apophyse odontoïde, et que la luxation serait toujours imminente. Nous sommes heureux de pouvoir rapporter un fait qui donne l'espérance que cet arrêt n'est pas sans appel. Un homme de trente-cinq ans, atteint de syphilis constitutionnelle, chez lequel le voile du palais avait été détruit en grande partie, et qui avait présenté des nécroses de l'os maxillaire et de l'os palatin, avait le pharynx détruit par une large ulcération végétante, au centre de laquelle se trouvait un pertuis, par lequel on arrivait sur les surfaces osseuses. Chez cet homme, il y avait des douleurs constantes dans la partie postérieure du cou, surtout au niveau des vertèbres supérieures, une raideur des muscles cervicaux postérieurs. Un jour, en se levant dans son lit, il sentit quelque chose qui se brisait à la partie postérieure du cou, en produisant un bruit analogue à celui d'un pistolet que l'on arme. Quelques jours après, M. Wade, qui le soignait, aperçut dans le fond du pharynx, une petite saillie osseuse ; il la saisit avec des pinces, et prati-

qua ainsi l'extraction de la plus grande partie de l'arc antérieur de



l'atlas, y compris la surface articulaire qui reçoit l'apophyse odontoïde. L'auteur s'attendait à de graves accidents : il n'en survint pas. Trois mois après, le malade pouvait reprendre ses occupations. Les mouvements de rotation de la tête étaient conservés; ceux de flexion étaient restreints. La plaie du pharynx s'est beaucoup réduite, sans être entièrement cicatrisée. Il est resté une dépression à la place de l'os exfolié. — La seule question que l'on puisse se poser, et dont la solution est impossible, puisque le malade n'a pas succombé, c'est de savoir s'il n'y aura pas eu de reproduction osseuse de nature à fortifier le ligament transverse, et à compléter l'articulation atloïdo-odontoïdienne. (*London medico-chirurgical trans.*, t. 32.)

NEVROME *développé dans le nerf poplité. Extirpation par énucléation ; guérison sans altération des fonctions du nerf.* Jusqu'ici, faute d'avoir établi sur un examen suffisamment attentif les dispositions qu'affectent les nerfs par rapport aux névrômes dont ils sont accidentellement le siége, les chirurgiens s'en sont généralement tenus, pour l'opération à pratiquer en pareil cas, à la section du nerf au-dessus et au-dessous de la tumeur. Il n'est pas besoin de dire quelle était la conséquence inévitable d'une semblable opération. Ayant eu l'occasion, il y a quelques années, d'opérer par le procédé ordinaire trois névrômes volumineux siégeant à la fois sur le même nerf, M. Bonnet, de Lyon, fit cette remarque, qui le frappa, c'est que ces tumeurs avaient pour point de départ le tissu cellulaire compris entre les filets nerveux qui, écartés par ce même tissu considérablement tuméfié, s'épanouissaient tout autour des tumeurs sans éprouver d'autre altération. Ce fait, rapproché d'une observation analogue rapportée dans le Traité de pathologie chirurgicale de M. Vidal (de Cassis), et où l'on avait constaté aussi que la tumeur, développée dans le tissu cellulaire inter-filamenteux du nerf, avait séparé les uns des autres les filets nerveux, sans les détruire ni les altérer, inspira à M. Bonnet l'idée qu'on pourrait à l'avenir modifier avantageusement l'opération en cherchant à enlever la tumeur par énucléation et à conserver le nerf dans son intégrité. L'occasion de réaliser ce projet s'étant offerte récemment, voici de quelle manière l'habile chirurgien de Lyon s'y est pris.

Il s'agissait d'un névrôme du nerf poplité interne, du volume d'un œuf de poule environ, et situé dans le creux du jarret. Une incision cruciale pratiquée au niveau de la tumeur, et dans laquelle se trouvait comprise sa membrane d'enveloppe, et dissection faite avec soin des fibres musculaires qui recouvraient la tumeur, on reconnut que cette tumeur, du volume d'une grosse noix, était traversée dans son plus grand diamètre par le nerf, avec lequel elle paraissait intimement unie. Néanmoins, doutant encore de l'altération du cordon nerveux, l'opérateur fendit lentement la tumeur en deux parties, couche par couche, jusqu'à ce qu'il fût arrivé au nerf qu'il trouva effectivement intact. Ce troisième temps de l'opération permit aux deux moitiés du névrôme de sortir d'elles-mêmes de la poche celluleuse qui les renfermait, et laissa voir le nerf proplité situé à la face interne et antérieure de l'enveloppe qu'on excisa en même temps. Immédiatement après l'opération, tous les accidents qu'éprouvait auparavant le malade (douleurs vives et fréquentes, crampes, insomnie, etc.), disparurent complétement. Au bout de dix-huit jours le malade put se lever et marcher; la guérison était complète, et les fonctions du membre parfaitement conservées.

La conduite de M. Bonnet devra certainement être imitée en pareil cas, d'autant plus que si la dissection de la tumeur fait reconnaître une altération du nerf, on sera toujours à temps d'en faire la résection si on le juge convenable, et que dans le cas contraire qui paraît, d'après les faits précités, être le plus fréquent, on aura l'immense avantage

de conserver le nerf intact. (*Gazette des hôp.*, févr. 1850.)

ŒDÈME DE LA GLOTTE (*Bons effets des scarifications pratiquées sur la glotte et l'épiglotte dans le cas d'*). Il y a bien des années, un chirurgien dont le nom restera glorieusement inscrit dans l'histoire de notre art, Lisfranc proposait de faire des mouchetures sur les bourrelets œdémateux des replis arythéno-épiglottiques qui sont le siége principal de l'œdème dans la laryngite œdémateuse. D'autres moins hardis avaient seulement proposé d'aller exercer avec le doigt porté au fond de la gorge une compression sur les bourrelets œdémateux; mais ces deux pratiques étaient restées en quelque sorte à l'état do projet. En effet les médecins s'étaient dit qu'une compression exercée avec les doigts sur les bourrelets œdémateux ne pouvait pas avoir grand effet sur l'œdème; et, d'une autre part, ils s'étaient effrayés de cette pratique d'aller porter au fond de la gorge, sur des parties profondes, au voisinage de gros vaisseaux, un instrument dont on ne pouvait pas trop suivre l'action. Le fait est cependant que cette dernière difficulté a été exagérée; en effet, les replis arythéno-épiglottiques ne sont pas aussi difficiles à atteindre qu'on pourrait le croire; en guidant l'instrument avec le doigt, et en sciant plutôt qu'en pressant, on peut faire à la surface des bourrelets œdémateux des scarifications surperficielles, à peu près sans danger. C'est au reste ce qui résulte d'un Mémoire sur ce sujet communiqué à l'Association médicale américaine, par M. Gorden Buck. Ce médecin pratique cette opération de la manière suivante: le malade assis sur une chaise, la tête portée en arrière et appuyée sur la poitrine d'un aide, la bouche largement ouverte, l'opérateur porte le doigt index de la main gauche jusqu'à l'épiglotte en l'introduisant par la commissure droite et en le faisant glisser le long de la langue jusqu'à ce qu'il ait atteint l'épiglotte. Il est assez facile de porter le doigt au-dessus et en arrière de ce cartilage et de l'avancer en avant sur le bord de la langue. Cela fait, l'opérateur saisit de la main droite un instrument particulier qui est analogue au long bistouri inventé par Blandin pour faire la section des amygdales, avec cette différence que le bistouri est recourbé à angle presque droit dans son cinquième antérieur; cet instrument est mousse à son extrémité et ne coupe que dans la portion recourbée. On le fait glisser par sa convexité sur l'index de la main gauche jusqu'à ce qu'il ait atteint l'ongle; alors on lui fait subir un mouvement de rotation qui fait pénétrer la partie recourbée dans l'arrière-gorge et entre les lèvres de la glotte. En faisant exécuter au manche de l'instrument un mouvement de rotation, on peut toucher successivement les divers points de la glotte, les replis arythéno-épiglottiques, en ayant soin d'agir en relevant l'instrument et en sciant plutôt qu'en coupant; on peut faire deux ou trois scarifications sans retirer le doigt, et on y revient autant que cela est nécessaire pour toucher le pourtour de la glotte ou de l'épiglotte. Il en résulte une sensation désagréable de suffocation, de gène dans la gorge qui ne dure que quelques instants. Mais la question n'est pas tant dans la difficulté du manuel opératoire que dans le résultat que l'on peut attendre d'une pareille opération. Si nous lisons les faits rapportés par M. Gorden Buck, nous ne voyons pas qu'il en soit résulté une amélioration vraiment remarquable dans l'état des malades, et, suivant nous, c'est bien moins à l'opération qu'à d'autres circonstances favorables qu'ils ont dû d'échapper aux graves accidents de la maladie. Nous ne sommes donc pas complétement édifié sur la valeur de ces scarifications, et jusqu'à nouvel ordre nous pensons que la trachéotomie remplira bien mieux les indications en ce qui touche le rétablissement des fonctions respiratoires. (*Trans. of med. Amer. Association.*)

PLAIE DE L'ARTÈRE RADIALE (*Des indications de la ligature dans le cas de*). Les avis sont fort divisés sur la conduite à tenir dans le cas de blessure de l'artère radiale, comme dans celle de l'artère cubitale. En effet, l'observation a montré que, d'une part, la ligature pratiquée sur l'artère principale du membre n'a pas toujours pour résultat de suspendre immédiatement l'hémorrhagie, ou que, si elle la suspend pendant un certain temps, il n'est pas rare de voir survenir d'abondantes hémorrhagies secondai-

res, lorsque s'opère le rétablissement de la circulation par les larges anastomoses de la paume de la main. D'autre part aussi, lorsque l'on pratique seulement la ligature de l'artère radiale ou cubitale sur le bout supérieur, l'hémorrhagie s'arrête pendant quelques instants; mais, fort souvent, les hémorrhagies se font par le bout inférieur. De là, le précepte donné par beaucoup de chirurgiens, de lier les deux bouts de l'artère dans des cas de ce genre; ou bien celui donné par d'autres chirurgiens, de pratiquer la ligature de l'artère radiale et de l'artère cubitale. Telle est la crainte qu'excitent, dans l'esprit des chirurgiens, les blessures de ces deux artères du poignet, que certains d'entre eux, par mesure de précaution, ont été jusqu'à faire, dans des cas de ce genre, la ligature de l'artère axillaire. Il y a, cependant, une distinction à établir : on ne peut jamais songer à aller chercher l'artère radiale au fond de la plaie qu'un temps très-court après l'accident. Si l'inflammation est déjà survenue, non-seulement on aurait beaucoup de peine à découvrir l'artère au fond de la plaie, mais encore, si les ligatures étaient appliquées, elles couperaient trop rapidement les parois artérielles, pour pouvoir mettre à l'abri des hémorrhagies secondaires. Pour ces dernières hémorrhagies, il ne reste donc plus à pratiquer que la ligature de l'artère principale du membre. Comme on le verra par le fait suivant, la ligature de l'artère brachiale suffit pleinement à arrêter les hémorrhagies consécutives des plaies de l'artère radiale. Un jeune garçon de treize ans cassa, avec la main, un carreau de vitre, le 4 mars dernier, et se fit, à la partie antérieure de l'avant-bras, à un pouce au-dessus du poignet, une plaie qui s'étendait du bord radial au bord cubital du bras, et qui fournit immédiatement une abondante hémorrhagie. Un chirurgien lui mit un bandage roulé et compressif sur le membre. Ce bandage suffit à empêcher la reproduction de l'hémorrhagie pendant quinze jours. La plaie paraissait en voie de cicatrisation, lorsque tout d'un coup il survint par la plaie une abondante hémorrhagie, qui cessa par suite d'une syncope. Quelques jours après, le 26 mars, nouvelle hémorrhagie, également arrêtée par une syncope. A partir de ce moment, la plaie cessa de marcher vers la cicatrisation; les téguments s'enflammèrent et se tuméfièrent. Le 1er et le 2 avril, nouvelles hémorrhagies, qu'une syncope suspendit encore. M. Burford Norman fut appelé; il trouva le jeune garçon pâle et décoloré, la peau sèche, le pouls dur et bondissant à 120. Les téguments de la face antérieure de l'avant-bras étaient gonflés, rouges, enflammés, dans une étendue de deux pouces environ au-dessus du poignet. Au niveau du radius, au-dessus du poignet, on apercevait une ouverture comme gangréneuse et papilliforme, remplie par un caillot. C'était par là que s'était faite l'hémorrhagie. Dans le but de faire cesser les douleurs causées par l'engorgement phlegmoneux de l'avant-bras, M. Norman fit des débridements, et donna issue à du pus, à des caillots et à des débris gangréneux. L'artère radiale continuait à battre dans toute son étendue. Une nouvelle hémorrhagie, qui survint le 4 avril, ne put plus permettre d'attendre. On s'assura qu'en exerçant une compression sur l'artère brachiale, on suspendait les battements dans l'artère radiale. La ligature de la première artère fut faite sans aucune difficulté. A partir de ce moment, les choses marchèrent de la manière la plus régulière. La ligature tomba le huitième jour. Le 2 mai, les deux plaies étaient complétement cicatrisées. Les battements artériels avaient cessé à l'artère cubitale et à l'artère radiale, excepté toutefois dans le bout inférieur de cette dernière artère. — Cette observation est pleine d'enseignements. En effet, si, au moment de l'accident, on eût cherché à trouver au fond de la plaie l'artère radiale, et porté une ligature sur les deux bouts de cette artère, au lieu de tenter la compression, on eût certainement sauvé à ce malade les accidents graves par lesquels il a passé. Au reste, rien n'était plus facile que cette opération : la plaie était large, et il eût été très-facile de mettre l'artère à nu. La ligature de l'artère radiale est d'ailleurs une des opérations les plus simples de la chirurgie. Au moment où M. Norman a été appelé, il ne restait plus à faire que la ligature de l'artère brachiale ou de l'axillaire; peut-être eût-il dû y recourir dès les premiers instants. La compres-

sion compte, sans doute, des succès dans le cas de plaie de l'artère radiale et de l'artère cubitale; mais, pour qu'elle réussisse, il faut qu'elle soit appliquée avec des précautions et des soins qu'il n'est pas toujours facile de réunir. D'ailleurs, elle eût dû être assurée par une réunion très-exacte de la plaie, de manière à se mettre, autant que possible, à l'abri de l'inflammation. Tous ces motifs nous portent à penser que, dans le cas de plaies des artères radiale et cubitale, la compression ne doit être considérée que comme un méthode provisoire, propre à prévenir l'hémorrhagie, et qu'il faut se hâter de pratiquer la ligature des deux bouts de l'artère; et, lorsque l'inflammation s'est déjà emparée de la plaie, ou bien que la ligature pratiquée dans la plaie n'a pas suffi à suspendre l'hémorrhagie, recourir à la ligature de l'artère principale du membre, de la brachiale et même de l'axillaire, ainsi que nous l'avons vu faire avec succès par M. Robert. (*London medical Gazette.*)

VARIÉTÉS.

DES DEVOIRS DU MÉDECIN,

Par M. le professeur FORGET (de Strasbourg). (Suite (1).)

CHAPITRE III. — *Devoirs du médecin envers ses confrères.* Lorsqu'il s'agit de relations entre confrères, on entend parler de relations professionnelles, de ces rapports qui mettent en jeu presque toujours l'intérêt et l'amour-propre médical. L'appréciation des droits respectifs des praticiens soulève une question préalable: c'est celle de savoir jusqu'à quel point le malade peut être considéré comme la propriété du médecin traitant. Eh bien! la propriété, dans ce cas, repose purement et simplement sur la volonté du malade lui-même. Tant que celui-ci veut de son médecin, il y a forfait à chercher à supplanter ce dernier par des manœuvres directes ou indirectes; il y a forfait à prendre sa place, alors que le malade, ignorant ou ingrat, aveugle ou inconstant, n'a pas de motifs légitimes pour répudier son médecin ordinaire. Et pourtant les médecins moralistes de toutes les époques s'accordent à signaler et à flétrir la plaie la plus hideuse de notre profession, ce génie de l'intrigue ténébreuse, cette *invidia medicorum pessima* qui, plus encore que l'incertitude de l'art et l'ignorance des artistes, avilit la profession médicale aux yeux du public. « Ne voyez-vous pas tous les jours, dit « ZIMMERMANN, de prétendus médecins, indignes de ce nom respectable, « crier à haute voix dans la société que telle maladie n'est rien quand ce « ne sont pas eux qui la traitent; que cette maladie peut se guérir par le « moindre médicament, et cela pour arracher un malade à un autre mé- « decin respectable par son mérite! Si l'artifice leur réussit, ils traitent « bien ou mal un malade souvent arraché au danger avant leur arrivée. Ils « continuent le même langage pendant le premier jour pour gagner la con- « fiance; mais si la maladie empire par son propre caractère ou par leur mau- « vaise manœuvre, dès le second jour ils changent de ton; ils osent pro- « nostiquer une mort certaine, vu la maladresse du premier médecin; que « le malade se rétablisse, le public dit avec eux que ces médecins l'ont « guéri, malgré tous les inconvénients précédents. Mais s'il meurt, c'est le

(1) Voir la livraison du 15 février 1850, p. 135.

« premier médecin qui l'a fait mourir, car le second savait dès le premier « jour qu'il n'en reviendrait pas, et s'il n'a rien dit alors, c'était de peur « d'alarmer le malade et la famille » (*De l'Expérience*). Nous rougirions d'exposer ici les mille moyens insidieux, perfides, calomnieux que mettent en jeu certains praticiens pour discréditer leurs confrères et monopoliser la confiance du public.

D'autre part, le public n'est rien moins que délicat dans ses procédés envers les médecins. L'homme du monde quitte volontiers son médecin sans motif raisonnable, sans le prévenir, voire même sans s'acquitter envers lui; on voit tous les jours des malades consulter plusieurs médecins à l'insu les uns des autres, s'exposant ainsi aux perplexités qui résultent nécessairement d'avis plus ou moins dissidents. On en voit même recevoir ostensiblement les soins simultanés de deux médecins ou plus, déterminés à ne suivre que les conseils d'un seul et n'osant pas congédier les autres. C'est la nécessité de soustraire la profession à de pareilles humiliations, ce sont même les intérêts bien entendus du malade qui ont fait admettre tacitement certaines conventions auxquelles tous les praticiens doivent se soumettre, sous peine d'indignité. Ainsi, non-seulement le médecin ne devra rien dire ou faire qui puisse provoquer l'expulsion d'un confrère, mais encore la probité lui commande de s'opposer de toutes les forces de sa conscience à ces actes d'injustice et d'ingratitude dont le monde est si prodigue. Il devra toujours en user ainsi, dût-il ne pas trouver de réciprocité.

S'il se voit obligé d'accepter la substitution, le nouveau médecin exigera que le premier soit congédié et payé de ses honoraires. Au besoin, il le préviendrait lui-même, de manière à enlever tout soupçon de félonie.

Dans aucun cas, un confrère ne consentira à donner des conseils à l'insu du médecin ordinaire au domicile du malade. Si les circonstances l'empêchent de s'aboucher avec le médecin traitant, il ne donnera sa consultation que sous la condition qu'elle sera communiquée à celui-ci. Quelques médecins, sous prétexte qu'ils exercent une spécialité: chirurgie, accouchements, médecine des femmes ou des enfants, oculistique, maladies des voies urinaires, etc., se croient affranchis de ces devoirs de bienséance à l'égard du médecin ordinaire. C'est là une erreur, ou plutôt une usurpation dont l'inconvenance ressort de l'universalité même du titre de docteur, lequel implique les notions de toutes les parties de l'art de guérir. Il fut même un temps où, loin d'admettre ces velléités d'indépendance, les législateurs de l'art subordonnaient positivement les spécialités à l'autocratie des médecins. Bien que ces délimitations aient disparu de la science, il est encore vrai de dire avec Fréd. Hoffmann, que le médecin doit juger de l'opportunité des opérations; qu'il doit être présent aux grandes opérations, etc., et c'est parce que la chirurgie, par exemple, marche aujourd'hui l'égale de la médecine, que les obligations doivent être réciproques aussi bien que les droits. Si le public ne comprend pas cela, coiffé qu'il est de ses préjugés à l'égard des spécialités, c'est à nous et aux spécialistes eux-mêmes qui tiennent à honneur d'être médecins, qu'il appartient de rappeler le public à l'observation des convenances.

Enfin, il est superflu d'établir que, sous aucun prétexte, le médecin n'acceptera de conférer avec des confrères, sous la réserve clandestine de diriger lui seul le traitement.

Tous ces préceptes, on le voit, reposent sur les lois imprescriptibles de

la probité, de la loyauté, qui imposent aux médecins d'agir au grand jour à l'égard les uns des autres.

Par compensation, la délicatesse et la fierté du médecin lui font un devoir de se retirer lorsqu'il s'aperçoit qu'un autre a la confiance de son malade; de ne pas combattre sa volonté lorsqu'il convient à celui-ci de lui donner un successeur; de ne pas concevoir de rancune à l'égard du confrère qui le remplace, lorsqu'il est avéré que celui-ci s'est conduit avec loyauté; d'agréer sans humeur une consultation donnée par un autre, à condition de lui être soumise; sauf, dans tous les cas, à faire comprendre avec dignité au client infidèle les torts qu'il peut avoir envers vous.

Si les malades n'avaient le droit naturel et incontestable de s'éclairer de plusieurs avis, en observant les règles de la bienséance, l'intérêt seul bien compris du médecin ordinaire lui prescrirait d'accepter les consultations dans les cas où quelque responsabilité vient à peser sur sa conscience. « Dans les maladies graves, dit Fr. Hoffmann, il convient de faire appel « à un second médecin, quand même il serait d'une capacité inférieure; « on évite par ce moyen d'être seul garant des événements. » En fait, la consultation provoquée par le malade n'est pas toujours à son profit, car l'auteur ci-dessus a dit encore avec raison : « C'est une mauvaise coutume « qui est pourtant celle de certains malades, d'avoir à la fois plusieurs mé- « decins, car ils se reposent l'un sur l'autre, et le malade est négligé. » Ramazzini place cette circonstance au nombre des calamités de la grandeur, et les anciens avaient vulgarisé ce dicton : « *Medicorum turba regem interfecit.* »

A tort ou à raison, les malades aiment à réunir plusieurs conseils ; c'est un fait que, bon gré, mal gré, les médecins sont obligés d'accepter; autant vaut le faire de bonne grâce, quelle que soit, du reste, la qualité de celui qu'on leur adjoint, pourvu qu'il soit honorable. Nous venons de voir qu'un médecin inférieur en renommée offrait au moins l'avantage d'alléger la responsabilité. Hufeland produit d'autres raisons relatives à l'âge respectif des consultants : « Que le jeune médecin, dit-il, estime dans un vieux pra- « ticien la maturité de l'expérience, l'étendue des connaissances, le tact « pratique... mais que, de son côté, le vieux médecin honore dans son jeune « confrère la fraîcheur et la pureté du coup d'œil, les idées nouvelles, « l'avidité de savoir, l'éducation théorique; qu'il lui fasse cordialement « remarquer ses fautes dans l'intimité, les excuse et les couvre aux yeux « du public. » Nonobstant, le refus d'accepter tel ou tel consultant et la prétention d'imposer tel ou tel autre, est un des méfaits les plus communs de la pratique. Le motif de ce refus est moins souvent l'indignité que la bonne renommée du praticien, dont on récuse l'assistance. Pas n'est besoin de dire que, dans ce cas, le médecin récusé se trouve affranchi de toute obligation, et de tous égards à l'endroit du médecin ordinaire. Pourtant il est vrai de dire que trop souvent il arrive que le médecin consultant supplante son confrère, ce qui a lieu, ou bien parce que le consultant a usé de moyens illicites pour évincer son collègue, et c'est une action honteuse et criminelle qui retombe de tout son poids sur le coupable, ou bien parce que le malade a donné librement et obstinément la préférence au nouveau venu, et c'est un malheur inévitable qui accuse ou l'inconstance et l'injustice du malade, ou l'insuffisance du médecin. Se résigner est alors ce qu'il y a de mieux à faire.

L'exactitude est une obligation essentielle dans les consultations : celui qui se fait attendre, le fût-il involontairement, dérobe un temps précieux et manque d'égards à ses confrères.

Voici les consultants en présence du malade ; c'est une des circonstances les plus délicates où puisse figurer le médecin ; car, nous l'avons déjà dit, il suffit d'un mot, d'un geste, d'un regard peu bienveillant, pour jeter la défaveur sur un confrère : tactique trop répandue, hélas! parmi les corsaires de la profession. Tout doit se passer loyalement, gravement, silencieusement même, dans cet examen en commun, et ce n'est qu'à huis clos que les observations mutuelles doivent être échangées, toujours avec bienveillance, et en *couvrant les fautes aux yeux du public*, suivant l'heureuse expression d'Hufeland. C'est toujours au détriment des praticiens et à la honte de la profession que se produisent au grand jour ces altercations passionnées que le génie de Molière a frappées d'un ridicule immortel. C'est que dans la consultation, les médecins, il faut le dire, se croient obligés de poser comme des gladiateurs dans le cirque, enclins qu'ils sont à voir de dangereux rivaux dans leurs confrères. Quelques médecins, pénétrés de leur supériorité, ont la prétention de convertir ou d'instruire les autres, et s'érigent, dans les consultations, en professeurs improvisés, tandis qu'il s'agit de déduire simplement et brièvement son opinion, de manière à la faire comprendre, tout prêt qu'on est à entrer en composition si la conscience le permet, et à se soumettre, en définitive, à l'avis de la majorité. Dans aucun cas, le médecin n'a le droit de faire un éclat, de proclamer ses dissidences, et d'abandonner le malade, en cas d'opposition ; ce serait déserter le champ de bataille avant la fin du combat. S'il a raison seul contre tous, les événements le prouveront bien et lui rendront la prépondérance. On conçoit que, si chacun prétendait imposer exclusivement ses opinions, il n'y aurait pas d'accord possible et le malade en pâtirait.

Dans les conférences entre consultants, la direction revient au plus ancien, et la parole est donnée d'abord au plus jeune. Les bases du diagnostic et du traitement étant arrêtées, la consultation sera rédigée par écrit, aussi par le plus jeune ou par celui que les consultants s'accorderont à charger de cet office. Dans cette pièce importante, devront figurer les éléments du diagnostic et le détail des prescriptions thérapeutiques ; elle a pour objet de servir de guide au médecin ordinaire et de rappeler les circonstances du fait si, plus tard, il en était besoin. Cet écrit doit rester entre les mains du médecin traitant, lequel en remettrait copie à la famille du malade, si celle-ci le désirait.

Dans les visites à deux, qui sont, à vrai dire, des consultations journalières, les choses doivent se passer de la même manière. C'est le médecin ordinaire qui est chargé d'écrire les formules. L'un des visiteurs ne doit modifier le diagnostic, tirer de pronostics ou prescrire de nouveaux remèdes, qu'après s'être concerté avec son confrère, sous peine de voir surgir des malentendus, des contradictions, qui inquiètent ou embarrassent le malade et compromettent la dignité de l'art. Le médecin consultant doit cesser ses visites dès qu'il reconnaît que sa présence est superflue, ou que son concours n'est plus désiré. Sous aucun prétexte, il ne doit consentir à voir le malade seul, à l'insu du médecin ordinaire. Nous avons dit qu'il ne pouvait remplacer celui-ci qu'à son corps défendant.

Nous devons dire quelques mots des consultations dans le cabinet. La retraite du médecin est un sanctuaire où règne exclusivement le maître du lieu. Tout malade qui en franchit librement l'entrée a droit aux secours qu'il vient réclamer. Dans le cas où le patient a un médecin en titre, le consultant doit faire ressortir à ses yeux les inconvénients et les dangers d'un traitement en partie double, et l'exhorter à soumettre la consultation à celui qui le traite habituellement. C'est dans le cabinet que le médecin peut, à son gré, faire ou défaire les réputations, restituer ou accaparer les malades, agir enfin avec probité ou félonie, selon l'élévation ou l'infimité de son caractère. La consultation de cabinet doit toujours être écrite et relater les circonstances du fait, d'abord parce qu'elle sert de guide au malade, ensuite parce qu'elle peut servir de *memento* en cas de consultations ultérieures ; enfin, parce que le malade à qui vous ne donnez que des paroles ne sort pas complétement satisfait. La consultation de cabinet doit toujours être une œuvre châtiée, car il arrive souvent qu'elle est soumise à de nombreuses appréciations, et qu'elle sert de base à l'opinion plus ou moins favorable qu'on se fera de la science et même de la moralité du médecin. C'est pourquoi l'on ne devra s'y prononcer qu'avec beaucoup de prudence et de réserve, un premier examen laissant parfois beaucoup de chances à l'erreur.

Il arrive souvent aux médecins en réputation d'être consultés de loin et par écrit; c'est ce qu'on appelle répondre à un *mémoire à consulter*, ou traiter *par correspondance*. Ce genre de consultation est sujet à beaucoup d'inconvénients. Et d'abord, il faut récuser, en général, les détails rédigés par les malades eux-mêmes, en tant qu'ils sont entachés d'ignorance, de fausses appréciations et souvent d'exagération. Il convient d'exiger un rapport du médecin traitant, et encore arrive-t-il souvent que l'on éprouve la privation d'une foule de détails très-importants, relatifs à l'extérieur, aux allures, au genre d'esprit du malade, à mille particularités de fine observation, que la plume ne peut rendre. Aussi devra-t-on se montrer encore plus réservé, s'il est possible, dans ce cas que dans le précédent.

Nous aurions, pour compléter notre œuvre, à parler des devoirs du médecin dans les diverses conditions particulières, c'est-à-dire dans les divers emplois médicaux qu'il peut occuper, tels que ceux de professeur, de médecin des armées de terre et de mer, des hôpitaux, des asiles d'aliénés, des eaux minérales, des prisons, de médecin légiste, de médecin communal, etc. Mais, indépendamment de ce que les devoirs du médecin, dans ces diverses positions, ne diffèrent pas essentiellement de ce qu'ils sont dans la vie commune, à part les règles disciplinaires et le mécanisme de ces fonctions, ce sont là des attributions spéciales, exceptionnelles, dont quelques-unes même ont leurs codes spéciaux. C'est ainsi qu'il y a des manuels à l'usage des médecins militaires, et que j'ai moi-même écrit un traité de *Médecine navale* pour les médecins de la marine.

Nous allons ici, sous forme d'appendice, produire quelques considérations sur les devoirs du médecin envers les pharmaciens; sujet très-chatouilleux, sur lequel nous aurons cependant le courage de dire notre pensée.

Les pharmaciens ne sont plus des apothicaires, de même que les chirurgiens ne sont plus des barbiers. Un honorable niveau s'est établi entre toutes les sciences qui tiennent à l'art de guérir. Du médecin au phar-

macien, il n'y a donc plus de hiérarchie, il n'y a que des rapports harmoniques, ce qui n'exclut pas les droits et les devoirs réciproques.

Le premier de ces droits et de ces devoirs, c'est que chacun restera dans les limites de ses attributions. Eh bien ! il faut le dire : tous les pharmaciens font de la médecine ; personne ne l'ignore, eux-mêmes en conviennent, et je ne sais trop comment on pourrait y remédier. Non-seulement les pharmaciens font de la médecine, mais encore ils disposent de la réputation des médecins, puissance dangereuse qui pourrait entraîner le praticien à de coupables faiblesses, s'il ne portait haut, comme on dit, le sentiment de ses obligations. « Des médecins, doués des plus grands ta« lents, et qui ont reçu une éducation distinguée, voient fréquemment « leurs succès dépendre des apothicaires, et l'obligation qu'ils ont à ces « derniers est souvent reconnue d'une manière que tout homme d'hon« neur devrait vouer à l'indignation » (Grégory, *Devoirs du méd.*). Ainsi, quoi qu'il puisse advenir, le médecin devra rester dans les termes d'une bienveillance mutuelle avec le pharmacien, de peur d'encourir, par trop d'intimité, l'accusation de le courtiser ou de pactiser avec lui.

J'ai dit pactiser, car il est malheureusement avéré que des médecins ont parfois contracté je ne sais quelles associations, dont le but est un lucre coupable, que flétrit la morale et que les lois punissent comme criminel. Ce méfait n'est pas d'invention moderne, et Fréd. Hoffmann disait déjà : « C'est un procédé odieux et infâme que de s'accorder avec un « apothicaire et d'en tirer une rétribution. »

D'autres manœuvres ont quelques rapports avec la précédente ; telle est celle qui consiste à rendre un pharmacien dépositaire d'un remède mystérieux, désigné seulement ou par le nom de l'auteur, ou par une dénomination spéciale, un signe de convention, un chiffre, etc.

Dussé-je encourir la disgrâce et l'anathème de la pharmacie tout entière, je me crois obligé de proclamer un principe qui, d'ailleurs, est au fond de la conscience de tous, du médecin, du public et du pharmacien lui-même : c'est que l'intérêt le plus sacré du médecin étant, avant tout autre, celui du malade, le praticien serait gravement coupable si, dans l'unique but de complaire aux pharmaciens, il prescrivait des remèdes superflus et plus ou moins dispendieux.

De ce principe, il résulte que le médecin doit connaître approximativement la valeur vénale des substances qu'il emploie.

Le médecin doit tenir expressément à l'exécution scrupuleuse de ses prescriptions, et s'opposer à ce que le pharmacien y substitue des succédanés sans son consentement formel.

En cas de difficultés ou d'obscurités dans l'exécution ou la rédaction des formules, le médecin doit s'entendre avec le pharmacien, et savoir gré à celui-ci des observations qu'il croirait devoir lui soumettre.

Le médecin doit laisser au public le libre choix du pharmacien, dont la réputation doit être pour lui chose aussi sacrée que la réputation d'un confrère même. S'il est consulté sur le choix à faire, le médecin désignera le pharmacien le plus voisin du domicile du malade, à moins qu'il n'ait contre ce pharmacien des griefs légitimes, c'est-à-dire fondés uniquement sur son incurie ou son incapacité reconnue.

Quant aux devoirs du pharmacien envers le médecin, ils reposent sur la réciprocité même ; il ne nous appartient pas de les lui dicter.

Ici se borne la tâche que nous nous sommes imposée : c'était uniquement d'effleurer un sujet extensible à l'infini, et qui a déjà fourni matière à de nombreux volumes. Nous n'avons abordé que les points capitaux, et nous en avons omis beaucoup de non moins importants, sans doute. Puissions-nous avoir donné une idée suffisante de l'esprit qui doit diriger le médecin dans sa conduite au sein de la société. Le sens droit et la conscience du praticien lui dicteront le reste. En disant ce que doit être le médecin, je n'ai pas eu la vanité de prétendre esquisser mon propre caractère. Nul ne peut avoir la prétention d'atteindre à ce beau idéal que j'ai voulu définir. Notre unique ambition doit être d'en approcher le plus près possible.

« *Homo sum, et nihil humani à me alienum puto.* »

Professeur Forget.

La science et l'humanité ont fait une grande et douloureuse perte. M. le professeur Marjolin, ancien chirurgien en chef de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine, est mort le 4 mars, des suites de la cruelle maladie qui, depuis près de deux ans, l'avait tenu éloigné de la Faculté et de la pratique. Un immense concours de médecins, d'élèves et de gens du monde se pressaient à son convoi pour rendre hommage au savant distingué, au praticien habile, au médecin plein de bienveillance et de dévouement, dont ils regrettaient la perte. Des discours remarquables ont été prononcés sur sa tombe, par M. le professeur Roux, au nom de la Faculté de médecine ; M. Dubois, au nom de l'Académie, et M. Monod, au nom de la Société de chirurgie.

L'Académie des sciences a tenu le 4 mars, sous la présidence de M. Pouillet, sa séance publique annuelle pour les années 1846, 47 et 48. Après la proclamation des prix décernés et des sujets de prix proposés, M. Velpeau a lu une intéressante notice sur *l'Ethérisation*, et M. Flourens a clos la séance par l'éloge historique de M. Benjamin Delessert.

Le grand prix des sciences naturelles pour l'année 1847, sur cette question : *Etudes des mouvements des corps reproducteurs, ou spores des algues zoospirées et des corps renfermés dans les anthéridies des cryptogames*, etc., a été décerné à M. G. Thuret; un deuxième prix de 2,000 fr. a été accordé à MM. Darbès et Sollier.

Le prix de physiologie expérimentale n'a pas été décerné pour 1846. Mentions honorables, à M. Sappey, pour ses *Recherches sur l'appareil respiratoire des oiseaux*; à M. Coste, pour ses *Observations sur la nidification des épinoches*. — Pour 1847, mention honorable aux *Recherches expérimentales* de M. Brown-Séquart *sur les fonctions du système nerveux*, et particulièrement sur le *mouvement de l'iris dans les animaux vertébrés*, ainsi que pour les observations curieuses qu'il a faites sur les *usages de la moelle allongée et de la moelle épinière*. — Pour 1848, le prix a été décerné à M. Cl. Bernard pour la découverte de la *fonction du pancréas dans l'acte de la digestion*. — Prix relatif aux arts insalubres : prix de 2,500 fr. à M. Leclaire, pour avoir introduit l'*emploi du blanc de zinc dans la peinture en bâtiment*, à l'exclusion de la céruse et de toute autre préparation de plomb; prix de même somme, à M. Rocher, pour avoir introduit dans la marine de France

des *appareils destinés à perfectionner la distillation de l'eau de la mer*. Mentions honorables à MM. Pihet et J. Peugeot, *pour avoir appliqué la ventilation aux mines d'aiguiserie*, afin d'entraîner les poussières métalliques nuisibles à la santé des ouvriers. — Prix de médecine et de chirurgie : pour 1846, l'Académie a accordé, à titre de récompense : 1,800 fr. à M. Lebert, pour ses *Recherches chimiques, expérimentales et microscopiques sur l'inflammation, la tuberculisation, les tumeurs, etc.*; 1,500 fr. à M. Th. Roussel, pour ses *Recherches sur la pellagre*; 1,500 fr. à M. Pravaz pour son *Traité théorique et pratique des luxations congéniales du col du fémur*, 1,200 fr. à M. Roger, pour son *Travail sur la température des enfants à l'état physiologique et pathologique*; 1,200 fr. à M. Bourguignon, pour ses *Recherches sur l'acarus de la gale*; enfin, des mentions honorables : à M. Moreau, pour son travail *sur les hallucinations produites par le haschich*, et à M. Colson, pour son Mémoire *Sur les avantages de la suture comme moyen de réunion immédiate, après l'extirpation des tumeurs du sein et de l'aisselle.*

Pour les années 1847 et 1848, l'Académie a accordé un prix de 2,500 fr. à M. Jackson, pour ses observations et ses expériences *sur les effets anesthésiques produits par l'inhalation de l'éther*; même somme à M. Morton, pour avoir introduit cette méthode dans la pratique chirurgicale, d'après les indications de M. Jackson; 2,000 fr. à M. Porta pour ses *expériences sur les changements pathologiques qui surviennent dans les artères après la ligature de la torsion*; 1,000 fr. à MM. Bibra et Gheist (de Nuremberg) pour leur travail *sur les maladies des ouvriers employés à la fabrication des allumettes chimiques*; 1,000 fr. à M. Mandl pour son *anatomie microscopique*; 1,000 fr. à MM. Becquerel et Rodier pour leurs *recherches sur la composition du sang dans l'état de santé et de maladie*; 1,000 fr. à M. Landouzy pour son *Traité de l'hystérie*; 1,000 fr. à M. de Larroque pour son *Traité de la fièvre typhoïde*. Mentions honorables : à M. Legendre pour son ouvrage sur *quelques points de la pathologie de l'enfance*; à M. Is. Bourdon pour ses Mémoires sur *la peste et les quarantaines*; à M. Blandet et à MM. Boys de Louis et Chevallier pour leurs travaux divers sur les *Maladies des ouvriers exposés aux émanations cuivreuses et arsenicales*. Enfin, la Commission a signalé l'intéressant ouvrage de M. Renouard sur l'*histoire de la médecine*. Prix Manni, de 1,500 fr., décerné à M. Bouchut en 1848.

L'Assemblée nationale a adopté le projet de loi sur les logements insalubres, dont l'initiative avait été prise par M. de Melun. On ne peut qu'approuver une mesure de ce genre; il faut espérer qu'il n'en sera pas de cette loi comme de beaucoup d'autres, que ce ne sera pas une lettre morte.

Par décision du ministère de la guerre, les chirurgiens, élèves et sous-aides, et les officiers d'administration de garde dans les hôpitaux militaires, cesseront d'être nourris aux frais de l'État, à dater du 1er avril 1850.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOUVELLES OBSERVATIONS DES BONS EFFETS DE L'EMPLOI DES SEMENCES DU PHELLANDRIUM AQUATICUM DANS LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Par M. SANDRAS, médecin de l'hôpital Beaujon.

Vous avez inséré, mon cher confrère, dans les derniers numéros de votre *Bulletin*, une note de M. Valleix, sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les semences du phellandrium aquaticum. A l'appui des doutes que l'auteur élève sur la valeur de ce traitement, il rapporte des histoires de malades observés dans son service. Permettez-moi de présenter à mon tour les faits comme je les vois, et de les exposer à ma manière au public médical appelé à nous juger.

Depuis plus de quinze ans que je pratique en grand dans nos hôpitaux, je n'ai pas manqué d'observer des phthisies. Les effroyables ravages que cette maladie exerce sur toute notre population, et mon penchant habituel à m'occuper surtout des maladies chroniques, m'ont conduit naturellement à rechercher : 1° s'il y avait possibilité d'arriver quelquefois à obtenir la guérison de la phthisie ; 2° s'il y avait espoir fondé de soulager du moins ceux que cette maladie consume ; 3° par quels moyens efficaces on peut arriver méthodiquement au premier, et subsidiairement au second de ces résultats.

Sur le premier point, quelques faits que j'ai personnellement suivis, et un très-grand nombre d'autopsies ont répondu affirmativement. *Je connais des phthisiques qui ont guéri.*

Un jeune Italien, traité à l'Hôtel-Dieu (Annexe), est, au bout de plusieurs mois, reparti pour son pays, emportant une vaste caverne parfaitement cicatrisée, et d'ailleurs les poumons sains, autant que le rétablissement général des forces et les signes physiques permettent de le juger.

Des adultes, après avoir eu des cavernes incontestables, m'ont fourni progressivement tous les signes physiologiques et physiques qui indiquent une oblitération complète des excavations qui s'étaient faites au sommet d'un de leurs poumons.

Ces preuves vivantes sont corroborées par un très-grand nombre d'autopsies cadavériques. Les poumons de sujets qui succombent plus tard par d'autres causes montrent des cavernes cicatrisées, ou froncées, ou béantes, environnées de quelques tubercules enkystés, isolés et passés ou non à l'état crayeux.

Il y a donc possibilité de guérison, même dans cette maladie arrivée au degré que caractérise la fonte des tubercules.

Ce que j'ai vu sur le vivant et sur les cadavres démontre que cette guérison peut être espérée quand une portion peu étendue des poumons est envahie par l'affection tuberculeuse; quand, l'élimination des tubercules ramollis étant faite, une autre portion des poumons n'est pas appelée à fondre à son tour; quand il s'établit autour du premier foyer une bonne cicatrice, ou bien que les bords de ce foyer se froncent et finissent par se réunir au moyen d'un véritable tissu inodulaire; ou quand, enfin, des tubercules rares et isolés passent à l'état de corps étrangers, inertes, d'apparence crayeuse.

Dans ces conditions, il est évident que tout ce qui contribue à amoindrir la fonte purulente des organes, tout ce qui diminue l'exhalation dans les cavernes, enraye la consomption et contribue utilement à tenir le malade dans la seule voie possible de salut et de réparation avec le temps. C'est justement là ce que j'attribue à la phellandrie.

Quant au soulagement que les malades attendent de nous, l'expérience commune, celle de tous nos confrères, répond péremptoirement. J'y ai cru et je me suis mis consciencieusement à l'œuvre. J'ai exploré, autant que la science et la conscience me l'ont permis, tous les moyens raisonnablement conseillés pour arriver au but définitif ou provisoire, et je me suis fait ainsi, avec le temps, une méthode dont la plupart de mes malades se louent tous les jours.

Je n'ai pas voulu dire par là que mes malades guérissent en majorité, et je redis ici, parce que cela est vrai, que mes malades finissent *le plus souvent* par succomber; mais j'ai la consolation de leur rendre supportables les derniers jours qu'ils ont à vivre, de leur redonner un peu d'espoir et de bien-être, quand je ne peux pas plus, et en même temps je les maintiens dans les conditions les plus favorables pour les conserver, malgré l'affection tuberculeuse dont ils sont atteints.

J'avoue encore aujourd'hui que malgré les six observations de M. Valleix, je regarde la semence de phellandrie aquatique comme un des bons éléments de ce traitement.

Dans la note que j'avais publiée à ce sujet, j'ai eu soin de faire remarquer que je ne prétends pas faire de ce médicament une panacée contre la phthisie. La semence de phellandrie ne fait pas rétrograder et disparaître les tubercules; elle ne remplace ni l'opium pour faire dormir et calmer le système nerveux; ni l'acétate de plomb pour arrêter les sueurs; ni le sulfate de quinine ou l'arsenic à petites doses pour combattre les exacerbations périodiques fébriles; ni le tartre stibié à doses réfractées pour diminuer les vomiturітions, pendant et

*

après les grandes quintes de toux sèche; ni les pâtes adoucissantes et calmantes; ni les tisanes émollientes et analeptiques; ni la jusquiame et la belladone, ou le stramoine, quand les propriétés ou calmantes ou desséchantes et calmautes, ou expectorantes et calmantes de ces substances doivent être invoquées; ni les vésicatoires avec ou sans morphine; ni les sinapismes ou cataplasmes sinapisés; ni surtout le régime fortifiant, si nécessaire à ces malades. Mais au milieu de tous ces moyens, au travers de toutes ces indications, elle m'a paru trouver une place large et utile. Elle diminue, et avec un peu de persévérance, elle change la nature de l'expectoration; par elle les crachats deviennent moins abondauts, moins purulents, moins fétides et moins salés; en même temps ils sont rendus avec moins d'efforts; les quintes de toux sont moins pénibles et plus rares. Comme conséquence de cette action, les symptômes normaux de la consomption s'amendent, et les malades, ainsi que beaucoup me le disent tous les jours, iraient parfaitement bien s'ils ne toussaient plus du tout, et s'ils n'étaient pas si facilement essoufflés.

Depuis plus de cinq ans que je la prescris à tous les phthisiques que je traite, je n'ai pas rencontré d'occasion où j'aie eu sujet d'en regretter l'usage, et il m'a paru souvent que ce médicament avait rendu aux malades les services éminents que je viens de signaler, ce que je n'avais pas obtenu par tous les autres remèdes que j'ai essayés. La consomption est diminuée, enrayée, sinon chez tous les malades, au moins chez le plus grand nombre de ceux à qui l'on administre la phellandrie; et ce qui me fait penser que je le dois surtout à elle, c'est que je n'arrivais pas aux mêmes avantages avant d'en avoir fait l'essai, malgré l'administration aussi méthodique que possible des autres agents de traitement que j'ai rappelés plus haut, et que j'employais alors comme aujourd'hui.

Je sais qu'on objectera facilement à mon dire sur quelques exemples de guérisons obtenues à l'aide de tous ces moyens, la phellandrie comprise, une multitude d'observations négatives. J'en connais à peu près autant que personne. Mais comme je pense que dans un mal si terrible un fait positif, et surtout quelques faits positifs, sont plus encourageants que ne sont affligeants les résultats négatifs de la statistique; comme je vois tous les jours, non pas en masse des tuberculeux qui guérissent, mais individuellement des phthisiques qui renaissent à l'espoir, à la vie et à une sorte de santé supportable, j'ai pensé qu'il y aurait utilité de répondre à la note de M. Valleix, en mettant sous les yeux des médecins les faits de cette espèce qui se trouvaient dans mon service de Beaujon au moment où elle a paru. Afin que cet exposé fût

parfaitement impartial, j'ai prié M. Caillault, mon interne, de recueillir sommairement l'histoire de tous les malades à qui je prescrivais sous ses yeux journellement la phellandrie.

Je donne ici les notes qu'il m'a remises : 1° sur les malades à catarrhes bronchiques, compliqués ou non d'emphysème et plus ou moins suspects de fontes tuberculeuses partielles; 2° sur les phthisiques non douteux. Les premiers au nombre de 4; 2 femmes et 2 hommes. Les seconds, au nombre de 8; 4 femmes et 4 hommes.

CATARRHEUX.

Obs. I.— Marie Bertelage, âgée de vingt-trois ans, domestique, d'une forte constitution quoique, lymphatique, et d'une santé habituellement bonne, contracta un rhume dans les premiers jours de janvier dernier. Elle n'en continua pas moins un ouvrage pénible, ne prenant aucun soin de sa maladie, lorsque tout à coup la fièvre et une vive douleur du côté droit du thorax l'obligèrent à s'aliter et à venir réclamer des secours à l'hôpital. A son entrée (8 février 1850), cette malade était dans l'état suivant : pouls plein et fréquent, la face vultueuse et légèrement cyanosée; dyspnée considérable, la peau chaude et halitueuse, la langue limoneuse à sa base et rouge à la pointe. Par l'auscultation, on constatait du râle sous-crépitant à grosses bulles humides occupant presque toute la poitrine; dans quelques points seulement le râle muqueux était remplacé par un râle crépitant fin et assez sec, qui se rapprochait beaucoup du râle crépitant de la pneumonie. L'auscultation démontrait sur tous les points du thorax une résonnance normale.

L'expectoration, chez cette malade, a successivement présenté les caractères suivants pendant le peu de temps de son séjour dans nos salles. D'abord elle fut composée de crachats opaques, visqueux, adhérant au vase, blanc-jaunâtres, et parfois d'une couleur légèrement verte. Puis, ils devinrent de plus en plus rares, et furent accompagnés puis remplacés complétement par une grande quantité d'un liquide mousseux, blanc, transparent, et pouvant être comparé à de la mousse savonneuse. La fièvre, le râle sous-crépitant disparurent rapidement, et permirent bientôt de donner une alimentation assez abondante à cette malade, qui sortit parfaitement guérie le 22 février suivant.

Obs. II. — Julie Bouteillier, âgée de cinquante ans, fruitière, entrée le 5 février. Tempérament lymphatique, menstruation supprimée sans accident depuis trois années, d'une santé habituellement très-bonne. Cette femme, quinze jours environ avant son entrée à l'hôpital, fut prise, après un refroidissement prolongé pendant quelques heures, de fièvre avec toux et oppression considérable. Cet état augmentant rapidement, elle vint dans les salles, et aussitôt elle fut prise d'une violente douleur dans l'un des côtés du thorax. En outre, elle présentait une fièvre très-vive, beaucoup de dyspnée, accompagnée d'une grande prostration dans les forces ; la face était pâle et légèrement bleuâtre. La poitrine offrait dans toute son étendue un râle muqueux très-fin, mêlé çà et là de râles sibilants et ronflants. L'expectoration était abondante et spumeuse à la surface du vase : mais le fond se remplissait de crachats opaques et visqueux d'un blanc sale.

Environ une semaine après son admission, le râle sous-crépitant, qui

existait pourtant encore, fut remplacé, dans la partie postérieure et moyenne du poumon gauche, par du bruit de souffle. La fièvre, la faiblesse et l'expectoration persistèrent encore, sans changement appréciable, jusque vers le 20 février. A cette époque, le souffle commença à s'affaiblir, puis à disparaître. Peu à peu les forces et l'appétit revinrent; la cyanose et la dyspnée disparurent dès les premiers jours qui suivirent le commencement de l'amélioration; et, ces jours-ci, on peut, chez notre malade, constater : fièvre légère, peau halitueuse, râle sous-crépitant dans une grande étendue des deux côtés de la poitrine; les forces sont revenues en grande partie ; l'expectoration est beaucoup moindre. L'aspect seul n'a pas changé.

Obs. III. — Jacques Thommelier, âgé de quarante-six ans, cordonnier, entré le 15 décembre 1849. Ce malade, depuis plusieurs années, est soumis, chaque hiver, à plusieurs accès d'asthme, et pendant ces attaques il est, régulièrement tous les soirs, en proie à des accès de dyspnée effrayants, qui semblaient, en quelque sorte, se terminer par l'évacuation d'une énorme quantité de crachats filants, spumeux. Et, dans le reste du temps, l'expectoration n'offrait pas le même aspect, les mucosités liquides étaient remplacées par des crachats opaques et nummulaires.

L'auscultation, faite à certains moments, permet de constater des phénomènes qui manquent dans d'autres. Ainsi, en auscultant la poitrine de ce malade pendant l'un de ses accès du soir, on entendait des râles sibilants et ronflants dans l'inspiration et l'expiration, accompagnés d'efforts respiratoires très-violents; en un mot, quelque chose qui rappelle la coqueluche; tandis que l'auscultation, faite dans l'intervalle d'un accès, ne laissait entendre que de légers râles muqueux et sibilants, accompagnés d'une légère faiblesse dans le murmure vésiculaire. Enfin, dans tous les instants, la percussion donnait un retentissement exagéré.

L'exploration du cœur n'a rien fait constater d'anormal.

Ce malade a demandé sa sortie le 22 février, parce que, disait-il, sa poitrine était dégagée, et qu'il se sentait la force de travailler. Toujours est-il que ses accès avaient notablement perdu de leur intensité, et que l'expectoration quotidienne avait beaucoup diminué. Les signes stéthoscopiques étaient cependant à peu près les mêmes.

Obs. IV. — Augustin Murat, âgé de cinquante ans, entré le 4 février. Ce malade est excessivement nerveux. Il a été très-souvent tourmenté par des névralgies, et tousse depuis six semaines environ. En même temps il s'inquiète et se tourmente au sujet de sa maladie, comme le ferait un hypocondriaque. Depuis un mois il a, dit-il, beaucoup maigri, ses déjections sont très-pénibles. En outre, il souffre beaucoup de la tête, et derrière le sternum.

A son entrée, sa poitrine fut examinée avec soin, on ne rencontra que de légers râles muqueux et sibilants dans les grosses et moyennes bronches.

Soumis, dès son arrivée, à la phellandrie, il fallut, dans le cours de son traitement, y associer des préparations antispasmodiques, à cause de plusieurs accidents nerveux qui se sont montrés, tels que des spasmes, des accès de suffocation qui cédèrent facilement à l'usage de ces moyens. L'affection pulmonaire s'améliora rapidement, les quintes et les douleurs sternales disparurent presque complétement. En même temps l'expectoration se modifiait, les crachats opaques et muqueux devenaient plus rares; la

sécrétion de mucosités filantes et spumeuses, abondante d'abord, persista un peu plus longtemps, et diminua également.

Maintenant ce malade ne souffre plus, il se lève toute la journée, et se dispose à sortir avant la fin du mois.

TUBERCULEUX.

Obs. V. — Adolphe Haulebourt, âgé de vingt-trois ans, tailleur, entré le 8 février. Cet homme, d'un tempérament scrofuleux, est faible et mal constitué, d'une origine tuberculeuse. Il nous raconte que depuis trois mois il tousse et crache parfois de grandes quantités de sang. On constate une caverne de moyenne étendue, au sommet du poumon droit. Il est dans un état d'amaigrissement très-considérable, excessivement affaibli; les quintes de toux l'empêchent de dormir; quelquefois, pendant un accès de toux, il rejette ses aliments. Sueurs nocturnes très-copieuses, qui l'obligent à changer de linge.

Dans les premiers jours qui ont suivi l'admission de ce malade dans les salles, l'amélioration fut évidente; l'expectoration, au dire du malade lui-même, diminua notablement; les sueurs furent moins abondantes, et malgré plusieurs hémoptysies qui revinrent plusieurs jours de suite, il sentit ses forces s'accroître; peu à peu il se leva une partie de la journée et demanda trois portions.

Les crachats, examinés attentivement tous les jours, perdirent de leur viscosité et commençaient à devenir en grande partie filants et mousseux, lorsque ce malade, se croyant presque guéri, demanda sa sortie le 24 février.

Obs. VI.—Louis Crépin, âgé de dix-neuf ans, serrurier, entré le 22 janvier. Tempérament lymphatique, grand, élancé, la poitrine étroite. Ce malade se mit, il y a quatre mois, à tousser sans cause occasionnelle appréciable, d'une manière peu gênante d'abord, puis très-rapidement la toux prit une grande intensité et s'accompagna de sueurs nocturnes; c'est alors que le malade vint à l'hôpital. Dès son arrivée, on constata une caverne au sommet du poumon droit, des craquements et de l'expiration prolongée dans le poumon gauche. La dyspnée et la toux le gênaient horriblement; il demandait surtout qu'on essayât de diminuer ces symptômes, qui lui rendaient le sommeil impossible. Parfois, enfin, il avait un peu de diarrhée.

Pendant presque tout son séjour, l'expectoration fut examinée: on ne put constater de grandes améliorations; le malade lui-même n'en reconnaissait pas de notables. Il annonçait pourtant un grand soulagement dans les deux symptômes qui l'incommodaient si vivement, c'est-à-dire l'oppression et la toux. Mais les sueurs et les crachats n'offraient pas de changements notables.

Obs. VII. — Cassal, âgé de cinquante ans, domestique, entré le 12 février. Grand et maigre, mais d'une santé habituelle assez bonne, ce malade, dont les antécédents n'offrent rien de remarquable, dit être indisposé depuis le mois d'octobre dernier; il tousse depuis ce temps et crache aujourd'hui des crachats opaques, épais et visqueux. A l'auscultation, on trouve sous les clavicules de légers craquements, avec un peu de faiblesse dans le bruit respiratoire.

L'amaigrissement et la faiblesse sont considérables. Depuis son séjour dans nos salles, ce malade se trouve plus fort, il dit que l'expectoration a changé de caractère, qu'elle est moins spumeuse et moins blanche qu'au-

trefois, et qu'en effet, maintenant, ses crachats sont épais et opaques, mais qu'en résultat il expectore beaucoup moins qu'avant son entrée.

Obs. VIII. — Adolphe Rozau, trente-trois ans, employé, entré le 27 décembre 1849, avec des signes de phthisie évidents, par du souffle caverneux au sommet des deux poumons, et déjà avec des sueurs nocturnes très-abondantes, et une expectoration nummulaire tellement intense, que ce malade dit qu'il remplissait en vingt-quatre heures son crachoir.

Par le traitement de la phellandrie, combiné avec de l'acétate de plomb, les sueurs colliquatives et l'expectoration énorme de ce malade furent complétement supprimées. Cet homme, qui s'observait avec beaucoup de soin, et qui redoutait excessivement son affection pulmonaire, s'en est allé guéri le 19 février ; guéri en effet de ces deux grandes manifestations de la phthisie, des sueurs abondantes et l'expectoration, mais offrant toujours, comme signes pathognomoniques, les signes fournis par l'auscultation et l'excessive facilité avec laquelle le moindre mouvement le mettait hors d'haleine.

Obs. IX. — Joséphine Gaudry, âgée de trente-sept ans, entrée le 5 février 1850. Cette malade, d'un tempérament lymphatique, est grande et bien développée ; elle a toujours été bien portante et bien réglée jusqu'à l'an dernier, époque à laquelle elle contracta un rhume qui, dit-elle, ne s'est jamais guéri. Dès le début, elle vint à l'hôpital Beaujon, elle y séjourna environ six semaines, et sortit dans un état voisin de la guérison ; la toux et l'oppression étaient presque disparues. Néanmoins, de nouveau les accidents premiers revinrent, et dès lors, cette femme ne cessa de souffrir et de présenter des symptômes évidents de phthisie. La menstruation, qui se supprima brusquement au début, n'est jamais apparue depuis.

Le 5 février dernier, au moment de son entrée, cette malade offrait encore un embonpoint médiocre, son visage est parfois fortement coloré au niveau des pommettes, d'autres fois couvert d'une pâleur assez prononcée. La fièvre ne se montre que de temps à autre, encore est-elle peu intense. A l'auscultation, on trouve, dans le tiers supérieur du poumon gauche, un bruit de craquement léger, mêlé de râles muqueux abondants, ainsi qu'une diminution dans la résonnance du même côté. Le reste de l'appareil respiratoire paraît encore à l'état normal. La malade se plaint vivement de douleurs vagues, siégeant tantôt à l'épigastre, tantôt au niveau des omoplates, tantôt enfin de douleurs musculaires dans les parois thoraciques. En outre, depuis environ un mois, des sueurs nocturnes l'affaiblissent, et des quintes de toux lui permettent difficilement de reposer la nuit. En interrogeant cette femme, et en remarquant nous-même l'expectoration, nous avons vu que les crachats n'ont pas notablement changé, tant sous le rapport de leur aspect que de leur quantité ; toujours l'expectoration, assez médiocrement abondante chez cette malade, a été, affirme-t-elle, composée de crachats blancs opaques, très-épais, et qui, quelquefois, se montraient légèrement verdâtres, et d'un liquide transparent mousseux qui surnage les crachats opaques. La malade, tout en se louant beaucoup de l'amélioration apportée dans ses vives douleurs dorsales et épisgastriques, et de la diminution des sueurs et d'un léger retour d'appétit, insiste néanmoins sur l'excessive variabilité de son état ; ainsi, tel jour elle se croit guérie, et le lendemain elle s'estime aussi malade que les jours précédents.

Obs. X.—Félicité Benoist, âgée de soixante-deux ans, entrée le 16 janvier 1850. Cette femme, d'une stature au-dessus de la moyenne, paraît avoir été forte et bien développée. Elle a eu neuf enfants, qui tous sont forts et vigoureux; son retour d'âge a été assez pénible, mais néanmoins jamais elle n'a eu de maladies sérieuses.

Il y a environ trois années, elle fut pendant un hiver prise d'un rhume très-opiniâtre, pour lequel elle séjourna quelque temps à l'hôpital.

Depuis ce temps elle fut facile à s'enrhumer. La saison froide ramenait toujours des accès violents de toux, accompagnés très-souvent de véritables hémoptysies. Avec ces symptômes se montre un amaigrissement lent, mais progressif, qui l'a réduite aujourd'hui à une maigreur considérable et à une faiblesse qui ne lui permet plus de vaquer aux soins ordinaires de son ménage.

A sa dernière entrée dans les salles de l'hôpital Beaujon, on constata chez cette malade une excavation de moyenne grandeur siégeant au sommet du poumon droit. Le poumon gauche offre également, au sommet et en arrière, une expiration prolongée jointe à une résonnance exagérée de la voix.

Les sueurs nocturnes ne se sont montrées que depuis son entrée à l'hôpital, au moins la malade l'affirme ainsi; mais depuis deux mois environ elle crache très-abondamment; son expectoration a toujours été composée de crachats opaques et épais, avec une grande quantité de liquide spumeux, dont la quantité n'a pas diminué notablement. En outre, la faiblesse n'est pas moindre depuis son séjour dans nos salles; seulement elle annonce de la diminution dans les douleurs sternales et thoraciques, qui la gênaient considérablement dans les moments où les quintes se montraient intenses et douloureuses. La seule amélioration bien évidente, c'est la diminution apportée dans la toux, qui est moins fréquente et moins quinteuse.

Obs. XI. — Emilie Garic, âgée de vingt-un ans, couturière, entrée le 15 février. Cette fille est petite et mal constituée, d'origine tuberculeuse; elle devint enceinte il y a environ onze mois, et depuis ce temps sa santé, habituellement assez bonne, commença à s'altérer. Elle fut prise alors d'une toux et de douleurs dans la poitrine, qui durèrent toute sa grossesse, et aussitôt après l'accouchement, qui fut naturel, des accidents du côté de la poitrine et du côté du larynx se manifestèrent. En effet, la toux augmenta singulièrement, mais sèche et douloureuse; puis la voix s'enroua d'abord, et bientôt la malade devint presque aphone. Cet état persista ainsi sans changement pendant un mois, et seulement quinze jours avant l'entrée de cette malade à l'hôpital, la toux s'accompagna d'une expectoration peu abondante, mais visqueuse, nummulaire et sans mucosités filantes et spumeuses.

En examinant la poitrine de cette malade, on trouva aux deux sommets des poumons respiration prolongée, avec résonnance exagérée de la voix, et parfois dans les inspirations violentes on percevait de légers bruits de craquement.

L'examen de la gorge ne fit rien rencontrer.

Pendant son séjour dans les salles, l'expectoration éprouva un seul changement, ce fut une diminution très-notable dans la quantité seulement.

L'aspect des crachats n'avait nullement changé. Au reste, la malade, peu de jours après son entrée, se félicitait sur l'amélioration de ses forces et de son appétit; elle demande sa sortie le 22 février courant.

Obs. XII. — Marie Beaufort, vingt-deux ans, entrée le 29 janvier 1850. Grande et bien développée, d'origine non tuberculeuse. Il y a huit mois, à la suite d'un violent chagrin, elle fut prise d'un rhume qui s'accompagna dès le début de plusieurs hémoptysies très-abondantes; bientôt apparurent les sueurs nocturnes, et des quintes de toux tellement violentes qu'elles étaient accompagnées constamment de vomissements qui ne permettaient pas à la malade de s'alimenter. Aussi cette jeune fille vint-elle à l'hôpital pour réclamer du soulagement dans ces vomissements incessants qui l'avaient jetée dans un état de faiblesse et de maigreur excessive; le moindre mouvement l'essoufflait au plus haut point et la jetait sur son oreiller dans un état voisin de la syncope. En auscultant cette malade, on put constater une caverne au sommet du poumon droit, très-grande et donnant beaucoup do résonnance à la percussion.

Les règles supprimées, il y a huit mois, ne se sont jamais montrées depuis.

Pendant son séjour dans les salles, cette malade vit son état tellement s'améliorer, que non-seulement ses vomissements furent totalement arrêtés, mais qu'elle put manger deux portions; sa figure, qui était d'une maigreur excessive, prit même un léger embonpoint, ses forces revinrent assez pour lui permettre de se lever et de se promener dans la salle; en même temps l'expectoration, qui était excessive, devint si peu considérable, qu'au dire même de la malade on peut se dispenser de vider son crachoir pendant plusieurs jours. Les signes fournis par l'auscultation sont absolument les mêmes; mais les sueurs et l'expectoration presque supprimées, les forces revenues en partie, ainsi que l'appétit, font nécessairement croire à la malade qu'elle touche à une guérison très-prochaine.

Tous ces malades ont été mis régulièrement, dès leur entrée, à l'usage de la phellandrie (un gramme matin et soir, mêlé avec un sirop de miel); et l'administration de ce médicament n'a point été interrompue jusqu'au jour où l'observation a été recueillie. En même temps que la phellandrie était donnée, j'ai pourvu de mon mieux aux indications spéciales qui se sont présentées.

L'histoire de la plupart de ces malades me semble très-capable d'excuser ma confiance dans la médication que je leur fais suivre, et jusqu'à ce que je connaisse un agent meilleur pour diminuer l'expectoration purulente des phthisiques, en ménageant leur sensibilité et toutes leurs fonctions de réparation, je ne cesserai de recommander à mes confrères la phellandrie aquatique. Les bons témoignages que quelques-uns m'ont déjà donnés sur ce point, et surtout les remerciements réitérés des pauvres malades, qui en ressentent les effets utiles, m'encouragent à persister dans mon opinion et à la propager encore de mon mieux. Docteur S. Sandras.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE L'INFLAMMATION ET DE L'ULCÉRATION DU COL DE L'UTÉRUS CHEZ LES FEMMES VIERGES.

Par le docteur BENNET, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien-accoucheur du dispensaire général de l'Ouest, à Londres.

La discussion qui a eu lieu récemment à l'Académie de médecine a mis en relief combien la pathologie utérine offre encore des points obscurs et litigieux. L'ouvrage de M. le docteur Bennet (1), que nous avons sous les yeux, nous paraît appelé à éclairer plusieurs des questions actuellement pendantes ; et nous devons des remercîments à notre honorable confrère, M. le docteur Aran, pour avoir transporté dans notre langue un ouvrage aussi éminemment pratique et d'un intérêt aussi actuel. Nous insérons avec empressement dans nos colonnes la plus grande partie d'un chapitre de ce livre, celui dans lequel l'auteur a tracé l'histoire d'une des formes les moins connues de l'inflammation utérine, celle qui existe chez les jeunes filles vierges. Ce chapitre est d'autant plus curieux que l'existence de cette affection n'avait jamais été soupçonnée chez les vierges, et que l'auteur a montré, par des observations nombreuses, combien étaient peu fondées les idées des auteurs sur la nature de la leuchorée. Enfin, on trouve soulevée et résolue, dans ce chapitre, la question si délicate de savoir s'il est permis de recourir à l'examen physique, au toucher et au spéculum, chez les femmes vierges, dans les cas où l'examen est réclamé par les circonstances mêmes de la maladie.

Symptômes. Les symptômes locaux de l'inflammation et de l'ulcération du col utérin sont les mêmes chez les vierges que chez les femmes mariées : ce sont des douleurs dans les régions lombo-sacrée, ovariques et hypogastrique, dans les fesses et dans les cuisses ; des écoulements muqueux, blanchâtres ou transparents, muco-sanguinolents ou purulents; une sensation de pesanteur et de poids dans le bassin. Chez les vierges, comme chez les femmes mariées, la présence d'un écoulement glaireux ou purulent indique une inflammation du col, probablement avec ulcération. Un écoulement leucorrhéique, blanchâtre, *permanent*, doit faire soupçonner l'existence de cette affection, parce qu'il annonce la présence, non pas d'une faiblesse générale ou locale, mais

(1) *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus et de ses annexes ;* par le docteur Henry Bennet. Traduit de l'anglais, sur la deuxième édition, par le docteur Aran.— Un volume in-8°, avec des gravures sur bois intercalées dans le texte. Paris, chez Labé, libraire.

bien d'une congestion utérine permanente, c'est-à-dire de la condition la plus favorable au développement de l'inflammation ulcérative du col. Au reste, il faut savoir que, dans cette affection, les écoulements n'ont pas une existence constante.

Comme chez les femmes mariées, les douleurs locales persistent en général *pendant toute la durée de la période inter-menstruelle ;* seulement, elles perdent ordinairement un peu de leur intensité. Chez les vierges, la sensation de pesanteur et de douleur dans le bassin n'est pas aussi commune que chez les femmes mariées. Cela tient, d'une part, à ce qu'à cette époque l'organe a moins de tendance à s'hypertrophier ; et, d'autre part, à ce que le vagin, qui a encore toute sa contractilité, soutient l'utérus et l'empêche de descendre dans le bassin. Il peut arriver cependant que le vagin se relâche, et que le poids du col augmenté de volume favorise le prolapsus partiel de l'organe ; mais cela n'a lieu que dans les cas où la maladie inflammatoire du col remonte à une époque déjà ancienne. Dans ces circonstances, si l'on applique des pessaires ou d'autres moyens mécaniques destinés à soutenir l'utérus, les accidents s'aggravent avec rapidité. Rien n'est plus irrationnel que l'emploi des pessaires chez de jeunes femmes et de jeunes filles. On trouvera plus loin une observation qui met en lumière tous les effets désastreux de cette pratique.

Chez plusieurs femmes vierges, affectées d'ulcération du col, j'ai constaté, comme symptôme prédominant, une forme très-grave de dysménorrhée ; je suis même convaincu que la plupart des dysménorrhées rebelles que l'on considère comme incurables, et contre lesquelles on dirige l'emploi des narcotiques, ne sont autre chose que des cas d'inflammation avec ulcération du col utérin. Quoi qu'il en soit, lorsque le col est enflammé et ulcéré chez les vierges, les règles, de quelque manière qu'elles se présentassent auparavant, s'accompagnent de douleurs vives, horribles même dans certains cas. Les seins sont affectés sympathiquement ; ils sont volumineux, tuméfiés, sensibles et douloureux, et l'aréole est développée comme dans les premiers temps de la grossesse.

A ces symptômes locaux de l'inflammation ulcérative du col, nous devons ajouter les symptômes généraux qui peuvent jeter un grand jour sur la nature véritable de la maladie. De ces symptômes généraux, le plus significatif est la faiblesse. Cette faiblesse, on l'a expliquée jusqu'à ce jour par l'écoulement leucorrhéique, comme si un écoulement de cette nature pouvait réagir aussi profondément sur l'économie ! On observe souvent chez les jeunes filles, avant et après les règles, un écoulement blanchâtre ; mais, quoi qu'on en dise, cet écoulement n'a jamais en

aucune influence fâcheuse sur leur santé. Chez les jeunes filles chlorotiques, scrofuleuses, phthisiques, on peut rencontrer aussi ces écoulements ; mais ils se rattachent aux troubles de la menstruation, causés par l'état cachectique de ces malades. En dehors de l'état cachectique, on peut donc affirmer que, toutes les fois qu'il existe, chez des vierges, une faiblesse générale, en même temps qu'une leucorrhée , il y a très-probablement inflammation, et presque toujours ulcération du col utérin.

Signalons encore, comme preuve de la réaction de cette maladie sur l'organisme, les troubles des fonctions digestives, l'abattement moral, la perte de sommeil, les symptômes hystériques, l'agitation nerveuse, l'irritation spinale..., etc. J'ai observé de violentes attaques hystériques, suivies de paralysie partielle, chez des vierges affectées d'inflammation ulcérative du col. Lorsque les convulsions hystériques se lient à cette inflammation, les attaques reviennent principalement aux périodes menstruelles, c'est-à-dire au moment de l'exacerbation des accidents utérins.

Examen physique. Il est presque toujours facile de pratiquer le toucher vaginal chez une vierge sans intéresser la membrane hymen, surtout lorsque le vagin et les organes génitaux externes se sont relâchés, à la suite d'une congestion et d'une inflammation de longue durée. L'hymen se laisse dilater suffisamment pour qu'on puisse introduire l'index dans le vagin, avec lenteur et précaution. En général, on atteint assez aisément le col et l'orifice utérin, qui ne sont presque jamais en rétroversion ; et lorsque le doigt arrive jusqu'au col, tous les doutes sont immédiatement levés. Le col de l'utérus est-il sain, il est mou, et son orifice est fermé ; est-il enflammé et ulcéré, il est gonflé et tuméfié, et son orifice est plus ou moins entr'ouvert.

Une fois qu'on a reconnu l'existence d'une inflammation ulcérative du col de l'utérus, quelle conduite doit tenir le médecin ? On a vu que cette maladie réagit d'une manière désastreuse sur l'économie, qu'elle trouble l'existence, et peut indirectement mettre la vie en danger. Dès lors, lorsque la maladie est grave, quand on a employé sans succès les moyens ordinaires de traitement, je crois que toute hésitation doit cesser, et qu'il faut avoir recours au spéculum, que l'on introduira sans diviser l'hymen, s'il est possible, mais aussi en le divisant, si cette introduction rencontre des difficultés insurmontables.

Dans la plupart des cas, ainsi que je viens de le dire, la membrane hymen est ordinairement très-lâche, ou bien elle a été relâchée par la maladie. Alors on peut introduire, avec précaution et sans diviser préalablement cette membrane, un petit spéculum bivalve, très-étroit, que

j'ai fait construire dans ce but. La membrane hymen est-elle charnue ou inextensible (ce qui a lieu surtout chez les femmes un peu avancées en âge), il faut en pratiquer la division. Dans un cas où j'ai été consulté dernièrement, chez une jeune personne dix-neuf ans, forte et robuste, l'orifice vaginal était tellement étroit qu'on eût eu peine à y introduire une plume d'oie. Si la division de l'hymen est reconnue indispensable, on la pratique par une incision cruciale ; ou mieux encore on fait de haut en bas une incision sur la ligne médiane et sur la prolongation d'une ligne qui continue le raphé périnéal. Autant que possible, on doit laisser cicatriser les surfaces divisées de l'hymen, avant de faire aucune tentative pour l'introduction du spéculum, et cela dans le but d'épargner des douleurs inutiles à la malade. On accélère la cicatrisation, en touchant une ou deux fois et légèrement les lèvres de la plaie avec le nitrate d'argent ; sans cela la cicatrisation pourrait être longue à se faire. J'ai eu bien rarement besoin de diviser la membrane hymen, et je suis convaincu que, avec de la patience et de la douceur, on réussira le plus souvent à introduire mon petit spéculum, surtout si l'on a le soin d'en faire précéder l'application par l'emploi de moyens antiphlogistiques locaux.

La nature de la maladie a-t-elle été reconnue, s'est-on assuré directement de son étendue, le fait rentre dans la catégorie générale. La seule particularité importante que j'aie constatée chez les vierges atteintes de cette maladie, c'est qu'elle se présente, en général, sous une forme aiguë et inflammatoire. Le col est augmenté de volume ; mais c'est le gonflement de la congestion et de l'inflammation, et non l'hypertrophie nutritive chronique, que l'on observe si souvent chez les femmes mariées. Les surfaces ulcérées présentent aussi un aspect enflammé et vascularisé. Ces particularités sont loin d'être défavorables, et cette variété d'inflammation cède ordinairement au traitement, en un temps très-court. J'ai vu cependant des femmes vierges, un peu avancées en âge, chez lesquelles le col était hypertrophié chroniquement, et chez lesquelles la maladie présentait des caractères très-rebelles. Chez plusieurs de ces malades, qui avaient au moins quarante ans, la maladie remontait déjà à quelques années. Dans ces circonstances, l'utérus peut devenir facilement le siége d'un travail morbide : il s'y développe souvent des tumeurs fibreuses et des polypes vasculaires, par exemple.

Après avoir décrit brièvement les symptômes que présentent l'inflammation et l'ulcération du col chez les vierges, il me reste à confirmer cette description, en rapportant quelques faits intéressants, qu'on peut regarder comme type de la maladie. J'appellerai d'abord l'attention sur

les deux gravures suivantes, dont l'une, fig. 1, représente le col de l'utérus à l'état sain chez une fille vierge menstruée; et l'autre, fig. 2, le

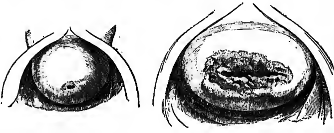


Fig. 1. Col vierge. *Fig. 2. Col vierge, enflammé et ulcéré.*

col ulcéré et hypertrophié d'une fille vierge, morte à l'âge de dix-neuf ans d'une maladie aiguë de poitrine, dessiné d'après la pièce authentique qui m'a été donnée par mon collègue M. Anderson, et que j'ai encore en ma possession. Chez cette jeune fille, l'hymen était petit et intact, le col de l'utérus était hypertrophié et ulcéré dans une grande étendue, ainsi qu'on le voit dans la gravure ci-jointe, dessinée d'après nature, après plusieurs mois de macération dans l'alcool, quand par conséquent le col utérin devait avoir perdu beaucoup de son volume. On comprend que le toucher, pratiqué avec soin, eût suffi à reconnaître l'écartement des lèvres du col et ses irrégularités.

Obs. I. — *Inflammation avec ulcération étendue du col utérin, chez une jeune personne âgée de vingt-quatre ans, accompagnée de prolapsus partiel de l'utérus et aggravée par l'usage d'un pessaire.* — Au mois d'avril 1846, une dame, du nord de l'Angleterre, vint me consulter pour sa fille, affectée depuis quelque temps de chute de la matrice. En questionnant la mère et la fille, je recueillis les détails suivants : la menstruation avait eu lieu de bonne heure; les règles avaient paru régulièrement chaque mois; elles duraient habituellement de quatre à cinq jours, et étaient le plus souvent accompagnées de douleurs vives pendant les deux premiers jours; il y avait des flueurs blanches pendant un ou deux jours avant ou après les règles; la santé était généralement bonne. A l'âge de vingt-deux ans, les fleurs blanches devinrent plus abondantes; la malade commença à accuser des douleurs plus vives pendant la menstruation; et depuis cette époque, elle éprouva des douleurs dans la partie inférieure du dos. Plus tard, sa santé générale s'altéra; elle maigrit, devint sujette à des accidents nerveux et dyspeptiques. Enfin, neuf mois auparavant, elle avait commencé à se plaindre d'une sensation de pesanteur et de douleur dans la région pelvienne, qui augmentait par la marche ou par la station debout; l'écoulement vaginal prit une teinte jaunâtre; les douleurs augmentèrent d'intensité, et la santé générale allait s'altérant de plus en plus. Dans ces circonstances, la mère de cette jeune fille consulta un accoucheur célèbre, qui pratiqua le toucher, reconnut une chute de la matrice, qu'il dit être due à la laxité des ligaments, et déclara que tous les accidents cesseraient si la malade por-

tait un pessaire. Effectivement on introduisit un pessaire annulaire en bois, non sans difficulté. Depuis trois mois on avait essayé de le lui faire porter, en l'introduisant une ou deux fois par semaine ; mais la malade n'avait jamais pu s'y soumettre d'une manière continue. Chaque introduction du pessaire était marquée immédiatement par une exaspération des douleurs locales, par l'augmentation de l'écoulement vaginal, qui, depuis cette époque, était souvent teint de sang. Quelques semaines avant que je fusse appelé à lui donner des soins, cette jeune fille avait éprouvé des douleurs horribles dans le dos, dans les régions lombo-sacrée et ovariques, surtout à l'époque de ses règles ; la région hypogastrique était douloureuse au toucher. A peine si la malade pouvait faire un pas dans sa chambre ; elle ne pouvait rester debout un seul instant. Elle avait un écoulement vaginal jaunâtre, abondant, généralement teint de sang. Elle était pâle et amaigrie, très-faible et nerveuse; tous les soirs elle avait un léger mouvement fébrile. Perte d'appétit, constipation, insomnie, urines chargées d'urates. Malgré tous ces symptômes, et quoique les douleurs causées par le pessaire fussent extrêmement vives, son médecin continuait à introduire le pessaire, en lui répétant qu'elle devait se trouver mieux, et que son état s'améliorait de jour en jour. La malade, lorsqu'elle me fut adressée, était persuadée qu'elle était incurable.

En introduisant le doigt dans le vagin, je trouvai les parties internes et externes relâchées et très-humides. Le col de l'utérus était très-bas, volumineux; il présentait une certaine résistance à la pression, sans être induré; ses lèvres hypertrophiées étaient entr'ouvertes, de sorte qu'on pouvait y glisser la première phalange; au toucher, elles donnaient à l'intérieur et à l'extérieur la sensation d'une surface molle, comme couverte de mousse. L'utérus était un peu augmenté de volume, surtout en arrière; il était très-sensible à la pression. Dans le point où le col se réunit au corps de l'utérus, en arrière, il y avait une dépression ou un sillon creusé dans le tissu utérin, dans lequel venait se loger la circonférence postérieure du pessaire. En ce point la douleur était très-vive. L'utérus était mobile. En introduisant un spéculum bivalve, ce qui me fut très-facile, à cause de la laxité des parties et de leur distension préalable, je fus vraiment effrayé de l'étendue de l'inflammation et de l'ulcération : la vulve et le vagin étaient douloureux au toucher, vivement congestionnés et couverts de sanie ; le col volumineux, d'un rouge livide, était tapissé d'une couche de pus sanieux ; autour de son orifice entr'ouvert, s'étendait une ulcération qui remontait dans la cavité du col, aussi loin que l'œil pouvait la suivre; les surfaces ulcérées avaient le plus mauvais aspect, elles saignaient au moindre contact. Il était évident que la malade avait été primitivement affectée d'une inflammation du col de l'utérus ; que le prolapsus de la matrice, qui avait seul appelé l'attention de son médecin, était tout simplement le résultat du gonflement inflammatoire du col de l'utérus, et que le traitement qui avait été employé avait considérablement ajouté à la gravité de la maladie. Je commençai par toucher largement l'ulcération avec le nitrate d'argent, et par faire l'application de huit sangsues sur le col de l'utérus. Je revins encore à cette application quelques jours après. La malade garda le lit, fit des injections froides avec la décoction de graine de lin, prit, matin et soir, des bains de siége tièdes, et maintint la liberté du ventre avec des lavements froids et quelques purgatifs doux. Je prescrivis en outre une alimen-

tation peu substantielle et très-peu stimulante. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes inflammatoires du côté de l'utérus s'amendèrent rapidement. En dix jours il y avait déjà eu un changement notable : le vagin, le col et la région postérieure de l'utérus avaient beaucoup perdu de leur sensibilité ; les douleurs de reins étaient moindres, ainsi que celles des régions abdominale et ovariques ; il n'y avait plus de mouvement fébrile le soir ; le sommeil était plus calme. A cette époque, je touchai de nouveau l'ulcération, qui avait encore un mauvais aspect, avec le nitrate acide de mercure, et je substituai aux injections émollientes les injections astringentes avec l'alun ; je donnai seulement une mixture saline à l'intérieur.

Grâce à ce traitement et aux cautérisations périodiques de l'ulcération, pratiquées tantôt avec le nitrate d'argent, tantôt avec le nitrate acide de mercure, l'état de la malade alla s'améliorant, toutefois d'une manière assez lente : il fallut près de deux mois pour donner aux surfaces ulcérées du col et à sa cavité l'aspect d'une plaie de bonne nature, et pour tarir l'écoulement sanieux. La cicatrisation, qui avait déjà commencé à cette époque, continua à faire des progrès, à mesure que le col perdait graduellement de son volume. En même temps, celui-ci se relevait dans le vagin, et la sensation de pesanteur et de chute devenait moins pénible. La santé générale se consolidait : le sommeil était bon, le ventre libre, l'appétit assez vif ; l'urine n'était plus chargée d'urates ; l'embonpoint revenait.

Ce fut seulement à la fin du mois d'août, près de cinq mois après le commencement du traitement, que la malade put être considérée comme guérie. L'ulcération du col et de sa cavité était complétement cicatrisée ; les lèvres du col s'étaient refermées ; et celui-ci, qui avait perdu les deux tiers de son volume ancien, avait repris sa position normale dans le bassin : il était remonté d'au moins deux pouces et demi ; les muqueuses étaient parfaitement saines ; il n'y avait plus d'écoulement ; la malade pouvait rester debout et faire à pied un mille ou deux sans fatigue ; la menstruation était plus facile qu'elle n'avait jamais été ; il y avait seulement un peu de douleur pendant le premier jour des règles ; toutes les fonctions étaient en bon état. J'envoyai la malade aux bains de mer, pendant un mois ou deux. A son retour, sa santé était encore améliorée. J'ai revu cette jeune fille il y a peu de temps, plus d'une année après la cessation du traitement ; elle ne se ressentait plus ni de son prolapsus, ni des autres symptômes utérins ; sa santé ne s'est pas démentie depuis.

Remarques. Cette observation est intéressante, non-seulement comme exemple d'une ulcération inflammatoire du col de l'utérus chez une vierge, mais encore parce qu'elle vient à l'appui de l'opinion que je professe relativement à la nature et à la cause du prolapsus partiel de l'utérus, au moins dans un grand nombre de cas, en même temps qu'elle fournit la réfutation de l'opinion générale, encore répandue parmi les médecins anglais, sur les chutes ou prolapsus de la matrice. C'est évidemment à l'âge de vingt-deux ans que cette jeune fille a été atteinte d'inflammation du col utérin. J'en trouve la preuve dans la présence de la dysménorrhée, dans la durée et la persistance des flueurs blanches, des douleurs de reins, et des autres symptômes généraux qui ont commencé à cette époque. La chute partielle de l'utérus,

qui est survenue plus tard, était le résultat physique de l'augmentation de pesanteur du col enflammé et hypertrophié, et non la suite du relâchement des ligaments, comme on l'avait supposé à tort. Pour ma part, je m'explique difficilement comment, avec des symptômes si nombreux et si évidents d'inflammation, on n'a pas reconnu la véritable nature de la maladie ; comment surtout les accidents, causés par l'introduction du pessaire, n'ont pas ouvert les yeux au médecin. A partir du moment où la maladie fut reconnue, où je mis en usage un traitement antiphlogistique, tous les symptômes perdirent graduellement de leur intensité, et l'on vit, avec les lésions locales de l'utérus, cesser les troubles fonctionnels, locaux et généraux, et en particulier la dysménorrhée, qui avait toujours été le symptôme prédominant.

Obs. II. — *Inflammation avec ulcération du col de l'utérus, chez une jeune fille de vingt-trois ans, ayant déterminé des accidents dysménorrhéiques graves, une faiblesse excessive, et une vive irritation de la vessie et du rectum; traitement et guérison de l'inflammation; persistance de la dysménorrhée; dilatation de la cavité du col.* — Pendant un voyage que je fis dans le midi de l'Angleterre, au mois de septembre 1846, je fus consulté pour une demoiselle de vingt-trois ans, qui souffrait depuis longtemps d'accidents dysménorrhéiques, et qui avait été traitée longtemps sans succès. D'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin, cette jeune personne avait été bien portante pendant sa jeunesse. Réglée à quatorze ans, elle continua à l'être assez régulièrement tous les mois; les règles duraient quatre ou cinq jours; la menstruation était accompagnée de quelques douleurs, qui persistaient pendant toute la durée des règles; celles-ci étaient assez abondantes. Il y avait quelquefois un peu de flueurs blanches dans les jours qui suivaient l'évacuation menstruelle; sous tous les autres rapports, la santé générale était bonne. A l'âge de vingt ans, la menstruation commença à s'accompagner de douleurs plus vives et plus continues, qui obligeaient la malade au repos pendant toute leur durée. Tantôt elle gardait la chambre; d'autres fois, pour échapper à l'intensité des douleurs, elle faisait de longues courses, qui ajoutaient toujours à l'intensité des symptômes locaux. L'écoulement leucorrhéique blanchâtre devenait de plus en plus abondant, et son existence était constante. Dans l'intervalle des règles, l'état général était meilleur, mais sans être parfait. En 1845, à la suite de longues fatigues, et du grand chagrin que lui occasionnèrent la maladie et la perte d'un de ses proches parents, tous les symptômes s'exaspérèrent; les douleurs qu'elle éprouvait à chaque période menstruelle, et quelques jours avant et après cette période, devinrent assez intenses pour la contraindre à garder le lit; elles n'étaient plus limitées à l'utérus, mais elles irradiaient dans toute la partie inférieure de l'abdomen, s'étendaient à la région lombo-sacrée et aux régions ovariques; l'écoulement leucorrhéique était beaucoup plus abondant et comme purulent; les époques menstruelles étaient irrégulières, rapprochées, l'écoulement sanguin considérable; pendant toute leur durée, il y avait des maux de cœur; la santé générale commençait à s'altérer; anorexie, constipation, céphalalgie continuelle, alternative de frissons et de bouffées de chaleur; insomnie. Tous ces symptômes

engagèrent la malade à réclamer les secours médicaux. Un médecin pratiqua le toucher, crut reconnaître une dysménorrhée fonctionnelle, et prescrivit pour traitement des applications de sangsues sur l'abdomen pendant les exacerbations menstruelles, le repos au lit et l'introduction de suppositoires sédatifs dans le vagin.

Malgré ce traitement, tous les symptômes avaient continué à s'aggraver. Depuis plusieurs semaines, la malade gardait presque constamment le lit, à cause des douleurs vives qu'elle ressentait dans le dos et à l'hypogastre, au moindre mouvement. La nutrition générale n'avait pas cependant encore beaucoup souffert; la face était colorée, au point qu'on eût eu peine à croire que cette malade fût atteinte d'une affection sérieuse. Elle me raconta que ses souffrances, qui étaient à peine supportables dans l'intervalle des règles, prenaient une telle acuité à cette époque, que c'était une véritable agonie. Les règles paraissaient toutes les trois semaines, duraient sept ou huit jours, de sorte que c'est à peine si elle avait le temps de se remettre dans l'intervalle. Douleurs continuelles dans le dos et dans le côté; sensibilité extrême dans la partie inférieure de l'abdomen; céphalalgie continuelle, perte d'appétit, constipation, excrétion de mucus glaireux par le rectum; trouble du sommeil depuis plusieurs mois. Aux époques menstruelles, il y avait des nausées incessantes, et un besoin constant de rendre les urines; les nausées disparaissaient habituellement avec les règles.

En pratiquant le toucher vaginal, ce qui fut assez difficile, à cause de la présence de l'hymen, épais et inextensible, je trouvai le vagin chaud, humide, excessivement douloureux; le col était augmenté de volume, ramolli dans toute son étendue, son orifice entr'ouvert, et son contour donnait au doigt la sensation d'une surface veloutée; l'utérus n'était pas très-volumineux, mais il était excessivement sensible à la pression; le col était également douloureux au pourtour de son orifice et dans l'intérieur de sa cavité. Cet examen me révéla la nature de la maladie; c'était bien à une ulcération inflammatoire du col que j'avais affaire : c'était là l'origine de la dysménorrhée et des autres troubles fonctionnels; en attaquant les accidents dysménorrhéiques, on avait combattu l'effet, mais non la cause de la maladie.

Lorsqu'elle fut soumise à mes soins, le 5 octobre, dix jours après la période menstruelle, cette jeune fille était encore très-souffrante. Les symptômes locaux étaient les mêmes : il y avait une grande sensibilité à la région hypogastrique. Le voyage qu'elle avait fait à Londres avait augmenté notablement les douleurs et l'épuisement ; il y avait tous les soirs une petite recrudescence fébrile. Je prescrivis immédiatement des sangsues sur le col de l'utérus; mais pour cela, il me fallut inciser la membrane hymen, ce que je fis au moyen de deux incisions latérales. Je pus alors appliquer le spéculum. Je constatai que la vulve et le vagin (ce dernier surtout) offraient une coloration d'un rouge vif; que le col de l'utérus était gonflé, rouge enflammé et ulcéré. Je ne pus apercevoir que le tiers supérieur de cet organe, parce qu'il était trop volumineux pour s'engager dans mon petit spéculum conique; et comme il était fort difficile de faire exécuter des mouvements de rotation à cet instrument, je m'en tins à cet examen. Les sangsues appliquées sur le col saignèrent abondamment. Deux jours après, il y eut un grand soulagement. Je prescrivis des injections vaginales astringentes, faites avec précaution, des bains de siége tièdes soir et matin, un lavement

froid, une mixture saline apéritive, le repos au lit, une alimentation légère peu stimulante.

Sous l'influence de ces moyens, les douleurs locales et la sensibilité de l'abdomen diminuèrent notablement. Les accès fébriles cessèrent; le sommeil devint meilleur. Le 12, les règles reparurent. Pendant les cinq ou six premiers jours, elles occasionnèrent des douleurs très-vives, moins vives toutefois qu'aux périodes menstruelles précédentes. Je suspendis tout traitement pendant leur durée, à l'exception des injections vaginales d'eau tiède. Deux jours après, je fis appliquer de nouveau huit sangsues sur le col de l'utérus. L'incision de la membrane hymen n'était pas encore guérie; aussi l'introduction du spéculum fut-elle assez douloureuse; le vagin était rouge et congestionné, mais moins que la première fois; le col était un peu moins tuméfié; il commençait à pénétrer dans l'extrémité du spéculum. Je pus reconnaître l'existence et l'étendue de l'ulcération autour de l'orifice du col. Quelques jours après, je cautérisai l'ulcération avec le nitrate d'argent, et je repris le même traitement.

25 octobre. — L'incision de l'hymen étant cicatrisée, j'employai, pour la première fois, un spéculum bivalve. Je constatai l'existence d'une ulcération grande comme un schelling, autour du col et pénétrant dans sa cavité, offrant un aspect granuleux, comme spongieux, et recouverte de pus. Le col était mou et volumineux. Je touchai l'ulcération avec le nitrate acide de mercure, et je continuai le même traitement local et général.

A partir de ce moment, la maladie marcha graduellement vers l'amélioration. En deux mois j'obtins la cicatrisation de l'ulcération, la guérison de la vaginite, et la cessation presque complète de la leucorrhée. A la période menstruelle suivante, et dans le but de modifier la congestion utérine, je fis appliquer des sangsues quelques jours avant les règles. Les douleurs reparurent et persistèrent comme à l'ordinaire. Des lavements laudanisés firent plus de mal que de bien, en augmentant la céphalalgie. Cependant, le second jour, l'écoulement sanguin se suspendit et la douleur diminua; mais le troisième jour, l'excrétion menstruelle reparut, et avec elle, les douleurs plus vives qu'elles n'avaient jamais été. Je revins aux sangsues, qui saignèrent abondamment, et qui amenèrent du soulagement. La congestion utérine très-intense persistait encore huit jours après la cessation des règles, ainsi que les nausées. Je crus devoir revenir à une nouvelle application de sangsues. Cette fois, elles réussirent très-bien, et débarrassèrent la malade de ses douleurs, de ses pesanteurs dans le bassin. Au commencement de février, quatre mois après le commencement du traitement, l'ulcération était complétement cicatrisée; le col avait repris, à peu de chose près, son volume normal; il n'y avait plus d'inflammation de ce côté, pas plus que dans le vagin; mais les douleurs persistaient dans le bas de la région hypogastrique, immédiatement au-dessus du pubis, dans le point correspondant au col de la vessie, ainsi qu'on pouvait s'en assurer directement, en pressant d'une part avec la main appliquée sur le pubis, de l'autre avec le doigt introduit dans le vagin, sur le col de la vessie. Cette sensibilité du réservoir de l'urine correspondait avec d'autres symptômes d'irritation vésicale, du ténesme, des douleurs le long de l'urètre, de nombreuses écailles d'épithélium dans l'urine, qui était cependant transparente, et à peu près normale. Les fonctions digestives étaient en grande partie rétablies; le sommeil était meilleur; la malade pouvait

marcher un peu et rester assise sur un sofa une partie de la journée; les douleurs avaient disparu dans le dos et dans le côté; la santé générale était satisfaisante, bien différente de ce qu'elle était quelques mois auparavant.

Je croyais la malade guérie, et j'espérais que les douleurs ne reparaîtraient pas à la période menstruelle suivante. A ma grande surprise, elles reparurent aussi intenses qu'auparavant. Je fus obligé, au troisième jour, d'appliquer des sangsues sur le col de l'utérus. Dès lors, il me fut démontré que la dysménorrhée ne reconnaissait pas seulement pour cause l'inflammation et l'ulcération du col, mais bien quelque obstacle mécanique à l'écoulement du sang hors de la cavité utérine. Je me déterminai en conséquence à dilater le col avec les tentes ou les bougies en éponge de M. Simpson. Je n'avais pu réussir à franchir l'orifice interne, ni avec la sonde utérine, ni avec une bougie d'un plus petit volume. Je commençai la dilatation; et en trois semaines, c'est-à-dire avant la période menstruelle suivante, la dilatation fut assez grande pour me permettre l'introduction d'une bougie dans la cavité utérine. Cette dilatation du col fut des plus heureuses; les règles vinrent presque sans douleur, ou plutôt il n'y eut de douleurs que pendant deux ou trois heures; le ventre ne fut pas douloureux. Depuis ce moment, le rétablissement n'a pas été entravé un seul instant, les symptômes utérins ont complétement disparu; les douleurs des époques menstruelles ne durent que quelques heures; il n'y a plus de traces d'irritation vésicale; la malade peut marcher sans difficulté, et ses digestions sont parfaitement rétablies; elle est enfin revenue à un état de santé qu'elle ne connaissait pas depuis plusieurs années.

Remarques. On trouve dans le fait précédent tous les éléments de la description de la maladie : d'une part, les symptômes locaux avec l'irritation de la vessie et du rectum; de l'autre, des phénomènes fonctionnels généraux et locaux, et en particulier la dysménorrhée. Ce dernier symptôme était lui-même si prédominant, qu'il avait fixé seul l'attention et fait perdre de vue tous les autres. Que l'inflammation soit la cause principale de la dysménorrhée, c'est ce dont pourront se convaincre tous ceux qui liront avec attention le fait qui précède. Toutefois, il existait chez cette jeune fille une susceptibilité morbide congéniale de l'utérus. Quant au rétrécissement de la cavité du col, contre lequel j'ai été forcé de recourir à la dilatation, je ne pense pas qu'il fût congénial; car, s'il l'eût été, la menstruation se fût accompagnée de douleurs dès son établissement; tandis que les phénomènes morbides ne commencèrent vraiment à paraître qu'à l'âge de vingt ans. Je suis porté à penser que la dysménorrhée, qui reconnaît pour cause le rétrécissement des passages naturels, se lie le plus souvent à une inflammation antérieure; dans ce cas particulier, le rétrécissement du col était dû évidemment au gonflement inflammatoire chronique, dont les effets persistèrent encore après la guérison de l'inflammation.

Les deux observations suivantes montreront la maladie se dévelop-

pant de bonne heure, au milieu de l'établissement difficile de la fonction menstruelle.

Obs. III. — *Menstruation commençante; vive inflammation de la vulve; symptômes utérins; inflammation et ulcération du col.* — Mary S., forte et robuste fille de dix-sept ans, me fut amenée, par sa sœur, au dispensaire général, le 21 novembre 1848. Celle-ci m'apprit que sa jeune sœur était atteinte d'inflammation des organes génitaux externes; qu'elle avait peine à marcher, et qu'elle avait été obligée de quitter sa place quelque temps auparavant. Cette jeune fille avait demeuré à la campagne jusqu'à l'âge de dix ans. Dans les quatre dernières années, elle avait été en service à Londres, et sa santé s'était altérée seulement depuis un an. A cette époque, elle avait commencé à ressentir, de temps en temps, des douleurs dans les régions lombaire et hypogastrique, et de fréquents maux de tête, comme cela arrive souvent avant l'établissement de la menstruation. Quatre mois auparavant, elle avait eu un écoulement abondant de sang, après un effort. Cet écoulement ne dura qu'une heure ou deux. Il cessa tout d'un coup; et depuis cette époque, les règles n'avaient pas reparu. A partir de ce moment, commença une série d'indispositions : les douleurs lombaires et hypogastriques prirent un haut degré d'intensité; il survint un abondant écoulement blanchâtre. Deux mois après, une éruption se fit sur les grandes lèvres, qui causa beaucoup de douleur à la malade. Les seins étaient constamment gonflés et sensibles. La santé générale avait beaucoup souffert : il y avait de la faiblesse, de l'abattement, de la langueur; la langue était blanchâtre, le ventre resserré. En examinant la région vulvaire, je trouvai les grandes et les petites lèvres enflammées, gonflées, augmentées de volume et sécrétant quantité de muco-pus; l'hymen était complet, mais enflammé et tuméfié; l'inflammation pénétrait évidemment dans le vagin.

Sous l'influence de moyens antiphlogistiques locaux, et d'un traitement général approprié, l'inflammation de la vulve tomba rapidement, et la santé générale devint meilleure. Cependant, bien qu'il restât peu d'inflammation à l'extérieur, la malade continuait à se plaindre de douleurs dans la région lombaire et hypogastrique, à ressentir des pesanteurs et à avoir un abondant écoulement vaginal blanchâtre. Soupçonnant alors la possibilité d'une autre maladie, je dilatai doucement l'hymen avec l'index, et j'arrivai jusque sur le col de l'utérus, que je trouvai enflammé, augmenté de volume, descendu dans le vagin et ulcéré. Après avoir employé, pendant quelques jours, des injections émollientes et astringentes pour diminuer l'irritabilité du vagin, je parvins à introduire un petit spéculum bivalve, sans déchirer l'hymen, et je reconnus une ulcération assez étendue et violemment enflammée. J'employai alors avec succès le traitement ordinaire. Sous son influence, les règles reparurent; les seins perdirent leur tension et leur gonflement, et tous les symptômes morbides disparurent.

Obs. IV. — *Menstruation commençante; abcès de la vulve; symptômes utérins; inflammation et ulcération du col.* — Sarah F., jeune fille, petite et grêle, âgée de seize ans, mais n'en marquant pas plus de treize, me fut amenée par sa mère, le 15 novembre 1848, pour un gonflement de la vulve. Quoique d'une santé délicate, cette jeune fille avait été assez bien portante depuis quelques années; mais depuis neuf mois qu'elle se trouvait

en service, elle avait commencé à éprouver des douleurs dans les régions lombaire et ovarique gauches. Les règles n'avaient paru que deux fois, et pendant quelques heures, à trois mois de distance. Depuis deux mois cette jeune fille n'avait rien vu, et les douleurs augmentaient incessamment. Quinze jours avant, il y avait eu une inflammation de la grande lèvre gauche, qui s'était terminée par un abcès.

En examinant cette jeune fille, je trouvai la vulve généralement enflammée, un peu gonflée, et les traces d'un abcès dans la grande lèvre gauche. Pensant que la malade n'avait autre chose que de la difficulté pour l'établissement de la menstruation, avec un peu d'inflammation locale, je ne poussai pas plus loin mes investigations, et je me bornai à prescrire un traitement général, associé à quelques applications locales émollientes.

Grâce à ce traitement, toute trace d'inflammation de la vulve disparut en quelques jours; les règles revinrent graduellement. Cependant la malade se plaignait, comme par le passé, de ses douleurs lombaires et ovariques et d'une sensation de pesanteur. Ces symptômes étaient devenus si prononcés, que la malade ne pouvait faire un pas dans la chambre. Dans ces circonstances, je pratiquai le toucher avec soin en dilatant l'hymen. Je trouvai le col augmenté de volume, sensible à la pression, l'orifice entr'ouvert, et donnant une sensation de velouté. J'introduisis un petit spéculum, et je reconnus une ulcération inflammatoire, pénétrant dans la cavité du col. La malade est encore en traitement, mais son état s'est rapidement amélioré.

Remarques. Si mon attention n'eût pas été dirigée vers les symptômes utérins par la coexistence de l'inflammation vulvaire, il est probable que l'inflammation de la cavité du col n'eût pas été reconnue. En effet, les symptômes accusés par les malades qui font le sujet des deux observations précédentes auraient bien pu être rapportés, comme ils le sont d'habitude, à l'établissement laborieux de la menstruation; de sorte que ces jeunes filles eussent conservé leur affection utérine, et auraient eu leur santé générale troublée peut-être pour toute leur vie. Il m'est bien souvent arrivé, dans ces derniers temps, de rencontrer, chez des femmes avancées en âge, des inflammations graves du col utérin, dont je pouvais faire remonter l'origine à l'établissement de la fonction menstruelle.

CHIMIE ET PHARMACIE.

POMMADE DE CHLOROFORME.

Chloroforme............ 2 grammes.
Axonge............... 20 grammes.

Triturez de manière à obtenir un mélange homogène que vous renfermerez dans un flacon à large ouverture.

Cette pommade est employée par le docteur Cazenave dans quelques affections cutanées accompagnées de prurit.

SIROP DE RICIN.

Semences de ricin récentes, non mondées.... 300 grammes.

Pilez avec quantité suffisante d'eau pour obtenir 500 grammes d'émulsion, dans laquelle vous ferez fondre au bain-marie :

Sucre...................... 1000 grammes.

Aromatisez avec :

Eau de fleurs d'oranger.......... 100 grammes.

Ce sirop a l'apparence de celui d'orgeat.

Il constitue un purgatif d'un effet doux et d'une saveur agréable.

Dose de une à cinq cuillerées. On le prend pur ou délayé dans de l'eau.

SIROP ANTIARTHRITIQUE DE DUBOIS. (Brev. expiré.)

Salsepareille.....................	60 grammes.
Gaïac râpé......................	60 grammes.
Eau..........................	3000 grammes.

Faites bouillir jusqu'à réduction de moitié ; passez et faites un sirop avec :

Sucre........................ 1000 grammes.

D'autre part :

Extrait d'opium................	6 décigrammes.
Résine de gaïac.................	16 grammes.
Carbonate de potasse...........	12 grammes.
Teinture de colchique au 1/3......	5 grammes.
Essence de citron..............	2 gouttes.

Triturez ces substances ensemble, et ajoutez leur mélange au sirop refroidi.

Remède antigoutteux.

SOLUTÉ ALCALIN DE BRANDISH.

Liquor potassæ Brandishii (*Brandish's alcaline solution des Anglais*).

Cette préparation, qui a joui et jouit encore en Angleterre d'une grande réputation, se prépare ainsi :

Potasse d'Amérique...............	2,358 parties.
Cendres de bois..................	786 parties.
Chaux vive......................	786 parties.
Eau bouillante..................	22,710 parties.

Ajoutez d'abord la chaux, puis la potasse, et enfin les cendres à l'eau bouillante ; mêlez ; laissez en contact pendant vingt-quatre heures, et décantez le liquide clair.

C'est, en somme, un solnté de potasse caustique impur.

Des praticiens anglais paraissent l'employer avec succès dans le traitement de la scrofule.

La dose est de trois cuillerées à thé pour adulte, de deux cuillerées semblables pour adolescent, et d'une cuillerée à une cuillerée et demie pour enfant. On le prend entre le déjeuner et le dîner, puis au moment du coucher, dilué dans de la bière nouvelle. Pour enlever au mélange sa saveur savonneuse, on l'aromatise avec 1 à 2 gouttes d'huile volatile de genièvre. D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR UN NOUVEL AGENT ADHÉSIF.

On peut juger par l'accueil empressé qu'a reçu le collodion, lorsqu'il est apparu, de la médiocre valeur des autres ressources adhésives que la chirurgie tient à notre disposition. En effet, si notre art, si riche et si bien pourvu d'ailleurs, est pauvre en quelque endroit, c'est précisément dans ce qui se rattache à la plus vulgaire, à la plus fondamentale peut-être de ses applications : la restauration des plaies, soit accidentelles, soit chirurgicales. Mon intention n'est pas de disserter ici sur la désespérante insuffisance des bandelettes de sparadrap, du taffetas d'Angleterre, sur la triste ressource des sutures ; leur procès n'est plus à juger. Mais pourquoi donc alors la vogue du collodion a-t-elle à peine dépassé de quelques jours l'époque de son admission dans le domaine chirurgical ? C'est que, même en accordant qu'elle soit réellement pourvue des qualités qui devaient en faire un moyen de contention précieux, la solution éthérée de poudre-coton a besoin, pour adhérer convenablement, d'être maintenue à un degré de concentration tellement précis, qu'il faut, pour en obtenir des résultats satisfaisants, pouvoir s'entourer d'un concours d'assistance qui est interdit à la majeure partie des chirurgiens.

C'est surtout au point de vue de la médecine rurale, où bien souvent nous opérons sans aides, où toujours de longs intervalles séparent les visites que nous faisons à nos opérés, qu'il serait urgent de posséder un adhésif solide et sûr ; et c'est dans notre pratique que se rencontrent précisément les obstacles les plus insurmontables à l'emploi du collodion.

C'est donc sous l'empire du désappointement où m'avait jeté cette espérance déchue, qu'un jour je me suis demandé s'il ne serait pas possible de faire réaliser par quelque autre substance les promesses

illusoires du collodion. N'étant pas chimiste, j'ai dû renoncer à l'idée d'aller à la découverte d'un corps nouveau, et me suis modestement borné à rechercher parmi les substances que le commerce de droguerie nous livre; et soit hasard, soit heureux pressentiment, je m'adressai de prime abord à celle qui devait me donner satisfaction complète.

Depuis longtemps déjà plusieurs industries vulgaires ont utilisé la *gomme laque*, soit comme vernis, soit comme adhésif; et j'ai peine à comprendre comment la pratique médicale, toujours si vigilante à faire son profit des divers produits de l'art ou de la nature, a jusqu'alors dédaigné les avantages qu'elle pouvait retirer de l'emploi de cette substance, destinée, j'en ai la preuve, à lui rendre d'éminents services.

Je me sers de la gomme laque dissoute dans l'alcool, à l'aide d'une chaleur modérée et à des doses respectives suffisantes pour obtenir un mélange ayant la consistance de gelée ou de quelque chose approchant. Cette préparation se fait dans un flacon en verre à large tubulure, où ensuite un simple bouchon de liége suffit pour la garantir de la dessiccation. Quand se présentent les occasions de la mettre en œuvre, je l'étends avec une spatule sur des bandelettes taillées à l'avance, en toile ou en taffetas, selon le plus ou le moins de coquetterie que réclame le pansement à faire.

Examinons maintenant, pour les réaliser, les propriétés dont le programme avait semblé promettre un si bel avenir au collodion : contraction pendant l'évaporation; — imperméabilité à l'air; — absence de toute action irritante sur la peau et sur la plaie; — intime adhérence avec la peau; — résistance à l'action de l'eau, des corps gras, des liquides sécrétés par les plaies; — application qui ne nécessite pas l'emploi de la chaleur. Eh bien! ces propriétés, la gomme laque, préparée ainsi que je viens de le dire, les possède toutes à un degré supérieur; et, de plus, n'y fait jamais défaut. Seulement, comme le collodion, la gomme laque n'est pas incolore; mais on peut, je crois, la décolorer, et alors, comme pour lui, la substitution de la baudruche à la toile permettra à l'œil de suivre le travail de cicatrisation des plaies qui lui seront soumises. Sa dessiccation est moins prompte que celle du collodion, c'est vrai, et pour cette raison seule je lui donnerais la préférence. Au reste, une fois mise en contact avec la peau, et c'est là, je crois, le point capital, elle se dessèche encore assez rapidement pour ne pas, le moins du monde, éprouver la patience du chirurgien. Ajoutez aussi que la minutieuse dessiccation des parties auxquelles on va l'appliquer n'est pas, comme pour le collo-

dion, une condition tout à fait indispensable à l'adhésion de la gomme laque. N'oublions pas non plus, puisqu'il faut tout dire, l'extrême modicité de son prix de revient : considération qui n'est pas sans quelque importance pour nombre de nos malades, et même encore pour plusieurs d'entre nous qui ne sommes pas riches et qui avons si souvent à supporter la dépense des matières qui servent à nos pansements.

J'avais, pour les consigner ici et pour en invoquer le témoignage, recueilli quelques faits de ma pratique, où se dessinent avec une incontestable évidence les mérites adhésifs de la gomme laque. Mais à quoi bon? L'épreuve en est si facile et si simple, et les occasions pour la tenter sont si fréquentes, qu'il n'est pas un chirurgien qui, s'il le veut, ne puisse en quelques jours se convaincre par lui-même que je n'ai rien exagéré dans les éloges que je lui donne. Toujours est-il qu'après une expérimentation de trois mois au plus, je suis en mesure de pouvoir assurer :

1° Que la gomme laque est le plus fidèle et le plus facile à manier de tous les agents adhésifs connus;

2° Que sa puissance agglutinative résiste à l'action des liquides, aux mouvements modérés des malades, et même à un temps d'application de plusieurs semaines de durée;

3° Qu'en se desséchant elle rapproche encore les bords des solutions de continuité qui sont soumises à son action;

4° Que par la courte durée du temps que les plaies mettent à se cicatriser, il y a lieu de soupçonner qu'elle fait plus que leur accorder une protection mécanique;

5° Que pour les appareils des fractures et surtout des fractures compliquées de plaies, elle est en tout point préférable à la dextrine.

J. Mellez, D. M.
à Raon-l'Etape (Vosges).

BIBLIOGRAPHIE.

Le climat de l'Italie sous le rapport hygiénique et médical, par le docteur Edouard Carrière; 1 vol. in-8°, chez J.-B. Baillière.

A mesure que la médecine deviendra plus philosophique, nous sommes convaincu qu'elle demandera davantage à l'influence des climats pour combattre les maladies : c'est surtout quand il s'agit des diathèses, des affections *totius substantiæ*, que la théorie indique et que l'expérience confirme, en partie du moins, les heureux résultats de cette puissante influence sur l'organisme humain. L'étude phy-

siologique comparée des populations disséminées à la surface du globe, ou, pour parler d'une manière plus pratique, sur un simple continent, l'étude des traits principaux par lesquels se caractérise leur physionomie particulière, celle de leurs habitudes morbides, suffit tout d'abord à manifester l'influence du climat sur l'homme. Mais, d'un autre côté, quand on veut aller au delà de cette surface, qu'on veut pénétrer plus avant la nature des choses, on arrive bientôt à reconnaître, qu'en tant au moins qu'il s'agit des grandes diathèses, dont nous voulions parler tout à l'heure, les climats n'ont qu'une influence restreinte, et ne mettent pas l'organisme à l'abri des fatales conditions qui engendrent ces dispositions morbides. Partout, en effet, où des médecins compétents ont observé, ils ont vu le tubercule germer dans la profondeur des tissus vivants; partout où ils ont observé, ils ont vu les scrofules, le cancer, etc., naître et se développer suivant des lois invariables; partout où l'on a semé le virus syphilitique, on l'a vu prospérer; et, en un mot, aucun climat ne paraît avoir la vertu de supprimer ces maladies, qui semblent radicales dans l'espèce humaine. Cette loi nous paraît tellement constante, que nous nous prenons à douter toutes les fois que nous voyons se produire une assertion qui est en contradiction avec elle; c'est ainsi que, jusqu'à démonstration, nous n'admettrons qu'avec une excessive réserve l'assertion de M. Prus, qui naguère déclarait que le cancer était inconnu à une partie de l'Afrique; c'est ainsi encore que nous doutons que certaines lisières des maremmes de la Toscane mettent d'une manière à peu près absolue ceux qui les habitent à l'abri de la phthisie. C'est en vain que, pour confirmer cette assertion, M. Carrière s'appuie d'une statistique de M. Salvagnoli; nous aimons mieux supposer cette statistique, ou plutôt l'observation sur laquelle elle repose, erronée, que d'admettre un fait qui est en contradiction manifeste avec une loi générale.

Mais si l'on ne peut demander à l'influence des climats l'affranchissement des maladies qui semblent peser fatalement sur l'organisme humain, on peut faire intervenir cette influence pour contrarier le développement de celles-ci, pour en retarder la terminaison funeste. Et ce bénéfice thérapeutique, on l'obtiendra d'autant plus sûrement, que les malades en faveur desquels on s'efforcera de l'obtenir seront soustraits plus complétement aux conditions générales au milieu desquelles les premiers germes de la maladie se sont développés. C'est dans ces limites qu'il faut restreindre l'influence hygiénique et thérapeutique de l'émigration considérée d'une manière générale: prétendre à plus, c'est méconnaître une loi d'une incontestable vérité, c'est se poser un but chimérique qu'on n'atteindra jamais.

Nous avons cru devoir tout d'abord faire ces réflexions générales, non qu'elles s'appliquent à l'ouvrage de M. Carrière, mais parce que nous aurions aimé à voir ce médecin intelligent les développer ; elles l'eussent mis immédiatement à l'abri du reproche que des esprits superficiels pourraient lui faire, de s'être exagéré un peu la portée de son travail, ainsi qu'il arrive souvent aux hommes qui, comme lui, ont spécialisé leurs études.

Jusqu'ici, nous n'avons guère que des monographies partielles sur les divers climats de l'Italie ; ces monographies sont dues à des médecins que d'heureuses circonstances avaient conduits sur quelques points de la péninsule, ou appartiennent à des médecins indigènes, qui se sont en général bornés à l'étude de la localité qu'ils habitaient. La plupart des premiers ont un peu écrit en touristes ; quant aux travaux des seconds, on y voit souvent, ainsi que le dit M. Carrière, l'impartialité du savant disparaître sous l'enthousiasme du citoyen. M. Carrière a envisagé son sujet d'une manière plus haute et plus large tout à la fois ; il ne s'est proposé rien moins que de tracer, dans tout son ensemble, la géographie médicale de toute la péninsule italique : tel est son but. Voici maintenant son plan. Après des considérations historiques sur le climat de l'Italie, considérations qui accusent dans l'auteur des connaissances précises sur une foule de questions, M. Carrière partage l'Italie en trois zones : une zone méridionale, une zone moyenne et une zone septentrionale : M. Carrière commence par exposer la climatologie générale de chacune de ces régions ; puis il passe, de ces généralités, à des détails par lesquels il précise davantage ses solutions, et devient un guide plus sûr et pour les malades et pour les médecins eux-mêmes. Nous ne suivrons pas l'auteur sur cette carte immense ; car, dans les limites où force nous est de nous restreindre ici, notre travail ne serait qu'une nomenclature de noms plus ou moins connus des médecins ; nous nous contenterons de faire ressortir l'idée fondamentale de l'ouvrage de M. le docteur Carrière, celle qui lui imprime un véritable caractère d'originalité, celle qui, si elle est juste, est la plus importante de toutes, dans son livre, au point de vue de la pratique.

Quel que soit le climat auquel on demande le rétablissement de la santé, il est une condition qui prime toutes les autres pour assurer ce résultat, c'est la durée du séjour sous l'influence médicatrice. Or, cette condition est une des plus difficiles à réaliser : d'après la pratique ordinaire des médecins, ou les habitudes des malades eux-mêmes, on se borne à un établissement intermittent; ou bien si l'on reste en Italie un temps plus long, on passe d'un point extrême à un autre, et dans

les deux cas les pauvres patients sont soumis à des déplacements qui, le plus souvent, leur sont funestes, ou au moins leur font perdre une partie des bénéfices d'une émigration, quelquefois dispendieuse, toujours pleine de sacrifices douloureux pour le cœur. Frappé de ces dangers, M. Carrière s'est demandé si ces déplacements ne pourraient être évités, ou au moins fort restreints, et si par là on ne pourrait assurer aux malades tous les avantages qu'ils se proposent par un voyage dans la péninsule. C'est à ce point de vue surtout qu''il s'est placé pour étudier les climats d'Italie, et il est convaincu qu'il est arrivé sur ce point à des conclusions qui doivent diriger désormais les médecins dans leurs conseils, les malades dans leur itinéraire. Qu'on nous permette de citer ici les conclusions propres de l'auteur, relativement à cette question capitale ; ses propres paroles feront mieux saisir la pensée : « Les longues traversées, dit-il, sont pénibles pour de nombreuses classes de malades ; elles peuvent détruire en quelques jours l'œuvre laborieuse de toute une saison ; il était important de les épargner. J'ai signalé dans la région la plus méridionale, celle des golfes de Naples et de Salerne, des stations qui peuvent servir en été et en hiver. Dans le bassin de Rome, j'ai montré les mêmes avantages. Je l'ai fait ainsi pour la région du Milanais, où les malades peuvent hiverner à Venise, et passer l'été sur les bords du lac. Je l'ai indiqué implicitement pour la rivière Ligurienne, jusqu'à la station la plus occidentale, en désignant les parties du territoire dont le mode d'exposition change les conditions générales de l'air. Cette géographie climatologique a une grande importance, car elle a pour objet de faire éviter les conditions défavorables, c'est-à-dire d'augmenter les chances qui peuvent produire et consolider le bien. »

C'est là certainement une idée judicieuse, et dont tout le monde, en effet, saisit immédiatement l'importance. Toutefois, sur quoi se fonde M. Carrière pour substituer ainsi aux lieux que l'expérience avait avant lui indiqués pour telle ou telle série de malades, et suivant telle ou telle saison ? Sans doute, pour arriver à poser d'une façon aussi explicite ses conclusions, il a, lui aussi, interrogé les faits, mais ces faits sont-ils assez nombreux pour autoriser celles-ci ? Voilà la question que nous nous permettons de lui adresser. Nous aussi nous pensons que les faits ne sont pas la science, mais ils sont au moins nécessaires pour confirmer les simples données théoriques sur lesquelles l'auteur nous semble surtout s'être appuyé.

Quoi qu'il en soit à cet égard, le livre de M. Carrière fourmille d'une foule de documents précieux qui, à part ce qui en fait l'originalité, le rendent extrêmement intéressant à lire. Ajoutons que le style de

M. Carrière est toujours à la hauteur de l'idée, que l'élégance s'y allie heureusement à la précision. Bien que M. Carrière nous ait semblé plus d'une fois se contenir pour n'être que médecin, nous le soupçonnons d'avoir les qualités et l'esprit nécessaires pour saisir le beau, sous quelque forme qu'il se manifeste ; nous avons plus d'une fois saisi le reflet de ce sentiment contenu, dans les descriptions que présente son livre.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Un mot sur les maladies actuellement régnantes. — Les variations atmosphériques, l'abaissement brusque de température que nous subissons depuis quelques jours, ont eu pour résultat d'augmenter considérablement le nombre des malades. Les inflammations aiguës des poumons et des bronches se sont beaucoup multipliées. Les bronchites ont présenté et présentent encore une ténacité qu'on ne leur avait pas vu affecter depuis la grippe ; et nous avons observé quelques malades chez lesquels l'intensité de l'inflammation bronchique avait donné lieu à de véritables crachats sanglants, mais de sang pur et non de sang combiné comme dans la pneumonie. Des dérangements plus ou moins graves des voies digestives, diarrhées, coliques, dyspepsies, ont été également observés. Il y a même eu deux cas de choléra asiatique suivis de mort ; toutefois ces deux cas se sont montrés dans deux hôpitaux différents et à des intervalles assez grands pour qu'on ne puisse rien voir là qui dénote une véritable influence épidémique. L'abaissement de la température est, d'ailleurs, une circonstance peu favorable au développement du fléau asiatique ; et, en supposant que nous soyons menacés de le revoir une seconde fois parmi nous, ce qu'on pourrait admettre par analogie, d'après ce qui a été observé à une autre époque, on peut à peu près être certain que la maladie ne se développera pas de sitôt.

A ces affections, en quelque sorte saisonnières, il s'en est ajouté quelques-unes qui pourraient, à proprement parler, former une véritable constitution médicale ; nous voulons parler des affections exanthématiques, rubéoleuses, scarlatineuses, varioleuses, rubéoleuses surtout. Tantôt ces affections ont marché seules, et généralement avec des caractères assez graves ; tantôt elles ont compliqué les accidents de bronchite, qui, d'abord légers, ont été suivis du développement de l'affection exanthématique. Parmi les jeunes enfants, les accidents de cette dernière espèce ont fait beaucoup de victimes, et le praticien doit être prévenu de la possibilité de ces complications graves. Chez

l'adulte, les accidents, quoique moins immédiatement graves, présentent une ténacité que l'on ne rencontre pas habituellement. Enfin, nous croyons avoir observé quelques cas de complications éruptives, variole et rougeole, variole et scarlatine, tous très-graves, et avec complication de bronchite.

Le véritable caractère des maladies régnantes dans ce moment est donc la forme catarrhale, cette forme dont le développement s'explique par les variations brusques et l'abaissement de la température. Mais quant aux éruptions exanthématiques, il est impossible de les rattacher à la même cause, et il faut bien admettre une influence *sui generis*, endémie ou constitution médicale, peu importe le mot.

Nous avons bien peu de chose à dire du traitement de ces bronchites, sinon que nous avons cru leur reconnaître généralement le caractère inflammatoire, et que les antiphlogistiques ont, le plus souvent, été suivis de succès. Le fait est que les cas dans lesquels la maladie a présenté le plus de résistance ont été ceux contre lesquels les antiphlogistiques n'ont pas été essayés. Les expectorants et les vomitifs ont ensuite occupé le premier rang parmi les moyens curatifs. Quant aux affections exanthématiques, leur traitement a été soumis aux règles ordinaires, si ce n'est qu'on a dû s'attacher, autant que possible, à combattre les accidents bronchiques, qui ajoutent beaucoup à la gravité de la maladie.

Bons effets des vésicatoires répétés dans le traitement de l'endocardite aiguë. — Les recherches des pathologistes modernes ont mis hors de doute que la plupart des maladies organiques du cœur que l'on rencontre dans la pratique, et qui déjouent si souvent les calculs de la thérapeutique la plus rationnelle, reconnaissent pour point de départ une endocardite aiguë, d'origine rhumatismale ou autre, qui n'a pas été reconnue ou qui n'a pas été traitée d'une manière convenable. Le fameux précepte *Principiis obsta* trouve, plus qu'en toute autre maladie, son application ; et les médecins doivent s'attacher à reconnaître avec soin l'endocardite aiguë, comme à la combattre avec persévérance jusqu'à la disparition de ses dernières traces.

Nous avons été témoin, dans le service de M. Becquerel, des bons effets qu'on peut obtenir de l'application répétée des vésicatoires dans le traitement de l'endocardite. Sept malades atteints de cette affection ont passé sous nos yeux, et chez tous nous avons pu constater que, le lendemain du jour où on avait appliqué le vésicatoire, le bruit de souffle perdait de son intensité, que les battements du cœur et du pouls devenaient plus réguliers, que la gêne respiratoire était moindre.

Les malades eux-mêmes s'en apercevaient, et nous faisaient part de ce changement survenu dans leur état. A mesure que le vésicatoire séchait, les phénomènes se ranimaient un peu, pour s'affaiblir de nouveau sous l'application d'un nouveau vésicatoire; et avec deux, trois, quatre applications, suivant les cas, on voyait le bruit de souffle s'affaiblir et disparaître, les battements du cœur et du pouls revenir parfaitement réguliers, et la gêne respiratoire cesser complétement. L'endocardite était poursuivie ainsi avec les vésicatoires, jusqu'à disparition, non-seulement du bruit de souffle, mais encore du prolongement du premier bruit, qui est l'indice et le commencement du bruit de souffle. Cette médication n'empêche pas de soutenir les forces des malades, dans les cas où la fièvre a disparu, avec une alimentation suffisamment tonique et substantielle, et nous n'avons pas remarqué que la résolution de la maladie se fît d'une manière plus lente pour cela.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

CALCUL SALIVAIRE (*Observations pratiques sur un cas de*). Bien que les phénomènes qui accompagnent la production des concrétions dans le canal de Warthon aient été nettement tracés, les cas n'en sont pas assez fréquents pour en avoir gravé les symptômes dans l'esprit de tous les praticiens. Aussi, dans beaucoup des faits dont nous sommes témoins dans les hôpitaux, voyons-nous l'affection avoir été méconnue par la plupart des confrères qui avaient examiné antérieurement les malades. L'observation suivante en est une nouvelle preuve. Un homme de trente-quatre ans, habitant la campagne, vint à Paris pour s'y faire traiter de deux maladies distinctes. Nous ne dirons rien de la première, c'était un kyste de la lèvre supérieure, que M. Jobert a ouvert par son procédé par embrochement; le kyste vidé de son contenu, la membrane fut enlevée à l'aide de pinces à dissection, et la plaie réunie à l'aide de deux points de suture entortillée. Quant à la seconde affection, voici les antécédents rapportés par le malade. Il y a dix ans que cet homme a remarqué pour la première fois qu'il se passait quelque chose d'inaccoutumé vers la région de la glande sous-maxillaire. Pendant son repas, cet homme sentait un gonflement se produire dans cette région, mais il apportait si peu de gêne dans la mastication, que le malade pouvait parfaitement continuer et achever son repas. Au bout d'un quart d'heure, le gonflement avait disparu. Ce phénomène paraissait aussi lorsque le malade s'exposait au froid (ce qui arrivait souvent); alors ce gonflement ne se bornait plus à la région sous-maxillaire, mais s'étendait du côté correspondant du plancher buccal. Du reste, il se bornait là, et après cinq à six jours de durée, l'inflammation se dissipait spontanément. Vers le mois de février de cette année, à la suite de fatigues plus grandes que d'habitude, une petite tumeur parut sur le côté gauche du frein de la langue. A partir de ce moment, X, éprouva de la gêne en mangeant, et, de temps en temps, il s'écoulait par l'orifice du conduit de Warthon un peu de pus mêlé à la salive. Ces circonstances déterminèrent le malade à consulter un homme de l'art. Il fut adressé à un chirurgien distingué de Paris, qui lui dit que le conduit salivaire était malade, et que cet état étant dû à l'usage de la pipe, il fallait renoncer à cette habitude, porter un peu d'alun sur l'orifice du conduit et se gargariser avec de l'eau d'orge.

Ce traitement restant infructueux, X. dut consulter un autre médecin, qui parut disposé à mettre sur le compte de la syphilis la petite ulcération soumise à son examen. Enfin, e malade se présenta à la consultation de M. Jobert, qui reconnut l'existence d'un corps étranger obstruant le conduit de Warthon, et diagnostiqua un calcul. L'extraction en fut opérée immédiatement, à l'aide d'une incision près de l'orifice du conduit, point occupé par le calcul, qui avait environ 12 millimètres dans son plus grand diamètre. Une grande quantité de salive, mêlée d'un peu de pus, sortit immédiatement. Des lotions d'eau de guimauve tiède furent les seuls soins que réclamèrent les suites de cette opération. — Chez les enfants, sous la seule influence du froid, on observe des engorgements de la glande sous-maxillaire; chez les jeunes gens, ces mêmes phénomènes sont souvent le résultat d'une carie dentaire, surtout chez les sujets scrofuleux; mais, lorsqu'on est appelé à les constater chez un homme adulte, surtout lorsque ces symptômes se sont reproduits plusieurs fois, l'on doit supposer quelque obstacle au cours de la salive, et examiner avec soin les conduits de Warthon, car le volume de ces calculs n'est pas toujours très-considérable. (*Gaz. des hôpitaux*, février.)

CHLOROFORME (*Propriétés fébrifuges du*). Il est écrit que chaque jour viendra nous révéler une application nouvelle et souvent heureuse du chloroforme. Cette fois, il s'agit de propriétés fébrifuges, antipériodiques, que M. le docteur Delioux, professeur à l'école navale de Rochefort, a reconnues au chloroforme; et, dans un moment où la rareté des quinquinas élève démesurément le prix du sulfate de quinine, il n'est peut-être pas fâcheux de savoir que ce puissant agent anesthésique, indépendamment de ses propriétés antispasmodiques et sédatives, aujourd'hui bien vérifiées, jouit de propriétés antipériodiques et fébrifuges, qui, pour être inférieures à celles du quinquina et de l'arsenic, n'en sont pas moins positives, et, qu'à ce titre, il mérite d'être expérimenté dans les affections intermittentes. C'est dans les cas de fièvres anciennes et rebelles que ce médecin en a surtout fait usage, chez des malades chez lesquels les préparations de quinquina, les ferrugineux, les toniques amers, ne parvenaient plus à suspendre, au moins d'une manière durable, les accès fébriles. Dans ces circonstances, ce médicament a souvent enrayé la maladie; mais souvent aussi il a échoué, ou bien les accès n'ont été suspendus que pour peu de temps. M. Delioux a donné le chloroforme à la dose de 75 centigrammes à 1 gramme 50; et, dans quelques cas, il l'a porté à la dose de 2 grammes 50, mais jamais au delà; le chloroforme a été administré à l'intérieur dans une potion ou dans un looch, on, mieux encore, suivant la formule de sirop donnée dans ce journal par M. Dorvault, sirop qui contient 5 centigrammes de chloroforme par gramme. Dans l'administration du médicament, ce médecin a suivi les mêmes règles que pour les préparations de quinine, c'est-à dire qu'il a fait prendre la potion chloroformée en trois ou quatre fois, quelques heures avant l'accès, et à un quart d'heure ou à une demi-heure d'intervalle, en ayant soin que la dernière prise fût consommée trois ou quatre heures au plus avant le début présumé de l'accès. Lorsqu'un trop long intervalle s'est écoulé entre la potion et l'accès, l'effet antifébrile a moins de chances d'être obtenu. Dans les fièvres tierces et quartes opiniâtres, l'auteur donne le médicament tous les jours, en forçant la dose le jour de l'accès, et le continue pendant quelques jours après le dernier accès observé, à doses décroissantes; enfin, le septième et le quatorzième jour de l'apyrexie, il reprend l'usage d'une ou de deux potions chloroformées, tant pour parfaire la guérison, que pour prendre quelques garanties contre les récidives. Jamais M. Delioux n'a vu le moindre accident survenir après l'emploi du chloroforme; tout au plus si quelques sujets ont accusé un peu de chaleur le long de l'œsophage ou ont présenté une sorte d'ébriété passagère et fugitive. Il ne paraît pas que le chloroforme agisse sur le volume de la rate engorgée, au moins d'une manière immédiate. (*Compte-rendu de l'Académie de médecine.*—Mars.)

CHORÉE ÉPILEPTIFORME (*Bons effets du valérianate de quinine dans un cas de*). Dans le traitement des

diverses formes de la chorée, on a employé tour à tour, et avec des résultats divers, tous les antispasmodiques. La valériane, comme on le comprend, n'a pas été oubliée; et les valérianates ont été employés à leur tour pour remplacer la valériane. Parmi les valérianates, celui de zinc et celui de quinine ont plus particulièrement fixé l'attention des médecins. Sans attacher une importance très-grande à la substitution des valérianates à la valériane, nous croyons devoir faire connaître un cas où le valérianate de quinine a réussi à guérir la chorée, à cause surtout de la forme particulière de la maladie. C'était un enfant de sept ans, qui, après avoir éprouvé pendant quelque temps une douleur à la région ombilicale, surtout si l'estomac était vide, ne tarda pas à éprouver une sensation de constriction à l'épigastre, qui, sous forme de vapeur, montait à la tête et produisait des éblouissements et des étourdissements. Mais, peu de temps après, il survint de nouveaux symptômes: l'enfant fixait un objet ou une personne, puis il tombait dans de violents accès de rire accompagnés de mille gestes du cou, de la bouche, des yeux, et de mouvements rapides des pieds et des mains, le tout suivi d'une agitation générale qui le faisait tomber par terre, où il s'endormait pendant deux ou trois minutes, et se relevait très-fatigué, sans se rappeler ce qui lui était arrivé. Les accès devinrent de plus en plus fréquents et répétés. On essaya d'abord les anthelmintiques, puis les émissions sanguines locales; mais, comme il survenait de l'assoupissement, M. Barbieri songea à employer le sulfate de quinine, qu'il donna pendant deux jours avec un certain succès, à la dose de 6 à 10 grains, et qu'il remplaça par le valérianate de quinine à dose moitié moindre. En moins de six jours la guérison était complète, et l'enfant a recouvré depuis sa santé habituelle. (*El Observador*, févr.)

FISTULE LACRYMALE (*Canule perdue dans le conduit lacrymal depuis neuf ans; accidents simulant la nécrose; extraction de la canule; guérison*). Depuis que la méthode de traitement de la fistule lacrymale par la canule s'est généralisée en France, les chirurgiens ont eu, à diverses reprises, l'occasion d'observer certains accidents produits par la présence de ce corps étranger. Ces accidents consistent en un travail d'inflammation et de suppuration qui s'empare du trajet occupé par la canule, et on ne les voit cesser ordinairement que lorsqu'on en a pratiqué l'extraction. Dupuytren avait observé ces inconvénients de sa méthode, puisqu'il avait inventé un instrument particulier, destiné à retirer la canule. Mais ce dont il faut être prévenu, c'est que la canule peut bien ne pas toujours se trouver dans la position où elle a été mise au moment de l'opération, qu'elle peut se fourvoyer dans le maxillaire supérieur, et que l'on peut croire la canule tombée, lorsqu'elle est encore en place et lorsqu'elle continue à déterminer des accidents. C'est ce qui est arrivé dernièrement à une dame de soixante-un ans, qui avait été opérée par la méthode de la canule. Pendant six ans, la canule était restée en place, sans donner lieu à aucun phénomène morbide, lorsqu'à cette époque la malade commença à ressentir une douleur obtuse dans la région du conduit lacrymal et à présenter un écoulement fétide par la narine correspondante. Six mois après, un abcès se forma au grand angle de l'œil, il s'ouvrit naturellement et continua à donner issue à une suppuration abondante et fétide, en même temps qu'un écoulement de même nature se faisait par la narine. Le cathétérisme fut essayé par plusieurs chirurgiens, qui ne reconnurent pas la présence de la canule et qui tous s'accordèrent sur ce point: qu'elle devait être tombée sans que la malade s'en fût aperçue. Cependant, cette dame était depuis trois ans dans cet état, lorsqu'elle alla consulter M. Cooper. Elle portait au-dessous du grand angle de l'œil une ulcération froncée et couverte de bourgeons charnus, par laquelle on pouvait glisser facilement un stylet jusque dans les fosses nasales. La paupière inférieure était assez fortement renversée en dehors, et la plaie exhalait une odeur tellement fétide, que la malade avait dû se sevrer de tous les rapports sociaux. En passant un stylet, M. Cooper sentit que celui-ci venait frapper contre un corps dur qui avait été considéré par les chirurgiens qui avaient soigné cette dame, comme une portion d'os né-

érosée ; cependant, comme le contact de l'instrument avec ce corps dur ne déterminait ni douleur, ni sensation quelconque; comme d'ailleurs la malade affirmait que la canule ne pouvait pas être tombée, M. Cooper pensa que ce pouvait être le bord de la canule que l'on sentait en passant avec le stylet. Pour s'en assurer il coupa le conduit lacrymal dans toute sa longueur, et en dilatant la plaie il aperçut, à la profondeur d'un moins un quart de pouce, le côté de la canule. Il alla la saisir avec de fortes pinces; mais il lui fallut déployer une force énorme pour pouvoir la dégager. Cette petite opération fut suivie d'une hémorrhagie assez abondante, dont on parvint cependant à se rendre maître avec des applications froides et des injections alumineuses. Les jours suivants, on fit des injections d'hypochlorite de soude. En quatre jours, tout écoulement fétide avait disparu; en quinze jours, la cicatrisation était complète : il ne restait plus qu'un renversement peu considérable de la paupière inférieure, avec une cicatrice déprimée. (*London journ. of med.*)

GOMME-GUTTE A HAUTE DOSE (*Nouvelles remarques sur la*) *dans le traitement des hydropisies*. Nous avons déjà fait connaître les faits intéressants publiés récemment par M. Abeille sur les effets thérapeutiques de la gomme-gutte à haute dose et son action spécialement efficace contre les hydropisies en général, quelles que soient leur nature et leur cause organique. M. Abeille, encouragé par le succès de ses premières tentatives, vient de publier des faits nouveaux qui, au mérite de confirmer ses observations précédentes, joignent un intérêt particulier comme documents susceptibles de concourir à la solution d'une des plus importantes questions de thérapeutique générale, celle de la tolérance et du mode différent d'action de certains médicaments énergiques suivant la dose à laquelle ils sont administrés. M. Abeille a administré la gomme-gutte à haute dose dans quatre nouveaux cas, dont deux d'ascite, l'une consécutive à une dyssenterie avec augmentation de volume du foie, l'autre compliquée d'anasarque et d'hypertrophie du foie, et deux d'albuminurie. Il résulte de ces deux séries d'observations deux faits importants, savoir : que la gomme-gutte a été tolérée à doses très-élevées (de 30 centigrammes à 1 gramme 50 centigrammes), et qu'elle a constamment fini par déterminer une diurèse qui a jugé plus ou moins promptement l'hydropisie. La tolérance qui, dans quelques cas, s'est établie de prime abord, n'a eu lieu le plus souvent qu'après l'action purgative des premières doses. La gomme-gutte paraît donc exercer, suivant M. Abeille, d'abord une action locale purgative, puis une action générale par absorption. Ce serait sur les reins que semblerait se concentrer cette action secondaire. Enfin l'hydropisie, quelle que soit d'ailleurs sa cause, serait l'état pathologique propre à la tolérance. Ce qui le prouverait notamment, c'est que la tolérance a généralement cessé avec et en même temps que l'hydropisie, et que dans tous les cas autres que des cas d'hydropisie où on a administré la gomme-gutte, la tolérance ne s'est point établie, et l'action thérapeutique de cette substance s'est manifestée par une purgation plus ou moins prononcée.

Nous avons eu nous-même récemment l'occasion de vérifier quelques-unes de ces assertions. Nous avons administré la gomme-gutte à une malade atteinte d'hydropisie générale sans lésion organique appréciable (ascite, double épanchement pleurétique et anasarque), en commençant par 30 centigrammes et élevant graduellement la dose jusqu'à 1 gramme. Après quelques jours de purgation, la tolérance s'est parfaitement établie, les collections séreuses se sont graduellement dissipées ; mais nous n'avons point remarqué qu'il y ait eu de diurèse abondante. Ces faits méritent l'attention. (*Gazette des hôpitaux*, mars 1850.)

LUXATION DES VERTÈBRES CERVICALES *réduite par des moyens mécaniques*. Si l'on consulte les auteurs les plus modernes qui ont écrit sur les luxations des vertèbres cervicales, on voit qu'ils se montrent très-préoccupés des dangers que pourraient faire courir aux malades les extensions et les contre-extensions auxquelles il faudrait avoir recours pour remettre en place les parties luxées. Ces tractions ne peuvent se faire, en effet, sans que la moelle épinière en subisse les atteintes; mais, cependant, lorsque

les tractions sont faites avec grande prudence, quand on s'attache plus à réduire les parties déplacées avec la main, qu'avec des extensions seules pratiquées sur la tête et sur les extrémités, ne pourrait-on pas tenter de réduire les parties luxées, surtout lorsqu'on sait que les déplacements sont rarement considérables et que la luxation est presque toujours incomplète? D'un autre côté, si les auteurs disent que ces luxations n'entraînent autre chose que de la difformité, et qu'à la longue le malade finit par recouvrer la plus grande partie de ses mouvements, il n'est pas douteux que, dans certains cas, il y a des phénomènes de paralysie qui peuvent persister, au moins en grande partie, et rendre la position des malades extrêmement fâcheuse à l'avenir. Nous ajouterons que, même en admettant que les tractions soient poussées un peu loin, il nous semble difficile que la moelle épinière puisse en éprouver une atteinte vraiment fâcheuse, puisque cette portion de l'axe cérébro-spinal est, en quelque sorte, isolée au centre du canal vertébral et maintenue par des ligaments membraneux, qui doivent lui permettre une certaine mobilité dans tous les sens. Nous ajouterons enfin que la science compte aujourd'hui un certain nombre de cas de réduction bien constatée, parmi lesquels le moins curieux n'est pas celui de Desault. Nous croyons donc utile d'en faire connaître un nouvel exemple qui, par les détails dont il est entouré, ne doit laisser aucun doute ni sur la nature de la lésion, ni sur les résultats du traitement.

Un marin, âgé de quarante-six ans, homme fort et robuste, au cou herculéen, tombe en descendant un escalier, de l'avant d'un navire. Les pieds se prirent dans les degrés, et la tête vint frapper sur le côté droit de l'échelle, sans que cependant il en résultât une plaie ou une contusion quelconque du cuir chevelu. Quand on le releva il était sans connaissance, et, quand il revint à lui, il se plaignit de douleur à la partie postérieure du cou. En l'examinant, on trouva une irrégularité considérable des apophyses épineuses des cinquième et sixième vertèbres cervicales, avec une saillie des muscles du côté droit du cou, correspondant à la portion des apophyses transverses de ces vertèbres. On constata immédiatement une espèce de crépitation dans le point déformé, et le contact donna lieu à de vives douleurs d'élancements et de fourmillement qui se propageaient jusqu'aux extrémités des doigts, plus particulièrement du côté gauche. Le moindre mouvement de la tête occasionnait des douleurs atroces. On put constater en même temps de l'engourdissement des extrémités supérieures, avec perte presque complète de la motilité; mais, cependant, le malade pouvait lever un peu les bras; de la paralysie des extrémités inférieures, partielle dans la jambe gauche, complète dans la droite; la face tournée vers l'épaule et la tête penchée en avant sur la poitrine; le pouls lent et petit; les pupilles irrégulières, la droite plus contractée que la gauche; la respiration naturelle; les réponses incohérentes. Immédiatement on pratiqua l'extension en suspendant le malade, le menton appuyé sur le plan d'une chemise, dont les deux bouts étaient relevés sur les côtés de la tête et fixés dans un anneau du plancher, tandis que le poids du corps faisait la contre-extension. Un aide, placé devant le malade, suivait de l'œil ce qui se passait, tandis que le chirurgien, placé derrière, faisait exécuter un mouvement de rotation aux épaules, en même temps qu'il pesait avec les pouces sur les parties saillantes du côté droit du cou. En quelques minutes la difformité disparut, et le malade, qui recouvra immédiatement l'usage de ses membres inférieurs, put marcher pour aller uriner et regagner son lit. Il fut maintenu dans un hamac, immobile, pendant cinq semaines. Dans les premiers jours on fit, par prudence, des applications de sangsues sur les parties luxées. Après six semaines, il pouvait revenir à ses travaux; il ne conservait qu'un peu de faiblesse dans les mains, une anesthésie circonscrite de l'extrémité du petit doigt. La tête n'était pas parfaitement droite; mais le malade ne s'en était pas aperçu. Cet homme est encore au service de la marine anglaise. (*The Lancet.*)

MALADIES DE LA PEAU (*Emploi topique d'une solution de gutta-percha dans le chloroforme, dans le traitement de quelques*). Depuis qu'on s'occupe beaucoup du traitement des maladies de la peau, on a re-

marqué qu'un des meilleurs moyens d'assurer la guérison de quelques-unes de ces maladies, c'est de soustraire les parties malades au contact de l'air. C'est même sur ce précepte qu'est fondée presque exclusivement la méthode curative d'un médecin anglais dont nous avons parlé récemment, et qui consiste à envelopper les parties malades, préalablement couvertes d'une substance médicamenteuse, dans de la soie huilée. M. le docteur Robert a obéi aux mêmes principes en employant dans le traitement de l'eczéma rubrum une dissolution de gutta-percha dans le chloroforme. Appelé à traiter une femme de quarante-six ans, qui n'était plus réglée depuis quatre ans, et qui, depuis une année, était atteinte de prurigo et surtout d'un eczéma rubrum qui avait résisté à tous les moyens connus, M. Robert eut l'idée, dans un moment où la maladie était limitée à la jambe et fournissait un suintement ichoreux des plus abondants, d'employer la gutta-percha pour éviter le contact de l'air. Pour cela, il fit dissoudre six grammes de gutta-percha dans quarante grammes de chloroforme, et il obtint une liqueur d'une couleur sombre, qu'il étendit avec le doigt sur une portion de la surface malade. Immédiatement la malade accusa une sensation de brûlure, mais cette sensation ne dura que quelques instants; le chloroforme ne tarda pas à s'évaporer, et il resta sur la surface malade une couche solide, d'une épaisseur proportionnelle à la quantité de solution étendue. La vitalité de la surface fut heureusement modifiée par cette application; les démangeaisons diminuèrent et les vésicules disparurent presque toutes. Encouragé par ce résultat, M. Robert couvrit peu à peu toutes les surfaces malades avec ce vernis. Tous les jours, certains points se dépouillaient, parce que la couche de vernis était soulevée par l'exsudation séreuse; mais l'application réitérée de la solution finit par tarir la sécrétion. Quand M. Robert faisait connaître ces faits, il y avait dix-sept jours qu'on avait eu recours, pour la première fois, à ces applications topiques, et l'eczéma avait perdu les trois quarts de ses dimensions. Tout faisait espérer qu'avant peu la guérison serait complète. — On se demande si on ne pourrait pas faire usage de cette espèce de vernis dans beaucoup d'autres maladies de la peau, dans les ulcères variqueux, et généralement dans les affections externes où on a besoin d'un modificateur puissant. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

MASSAGE (*Du*) *appliqué au traitement du rhumatisme musculaire, et en particulier de la pleurodynie.* La pratique du massage, dont M. Récamier a fait et a introduit dans la thérapeutique de si heureuses et ingénieuses applications, n'a peut-être pas reçu encore toute l'extension dont elle est susceptible. On sait avec quel succès on obtient quelquefois, à l'aide du massage et de la percussion, la résolution de certaines contractures permanentes chroniques des muscles. M. Lepelletier, ancien interne des hôpitaux, a pensé que cette méthode pourrait être utilisée dans le traitement du rhumatisme. L'application qu'il en a tenté, dans plusieurs cas de rhumatisme aigu des parois thoraciques (pleurodynie), lui ayant donné des résultats satisfaisants, nous devons rappeler l'attention sur ces procédés. Voici comment M. Lepelletier procède : Après avoir convenablement placé le malade dans son lit, de manière à ce qu'il repose sur le côté opposé à celui où siége le point douloureux, il masse les muscles avec le talon de la main, non par de simples pressions, mais en lui faisant exécuter des mouvements de rotation sur son axe, de telle sorte que la pression ainsi exercée a une force beaucoup plus grande que celle qu'elle aurait si on se bornait à comprimer simplement le point sensible. Cette opération doit durer habituellement de cinq à dix minutes; elle est ordinairement très-douloureuse en commençant, mais au bout de ces dix minutes, la douleur a, sinon complétement disparu, du moins beaucoup diminué. Il est du reste, suivant l'auteur, un moyen bien simple de s'assurer du degré d'efficacité de ce mode de traitement. Il suffit, en effet, de l'arrêter après quelques minutes, et d'engager le malade à respirer; s'il ne ressent plus de douleur, et si la respiration est facile et régulière, il est inutile de continuer le massage; mais si, au contraire, la douleur n'a pas complétement cessé, alors on recommence l'opération jusqu'à ce que les mouvements respiratoires s'exécutent li-

brement, ce qui habituellement ne se fait pas longtemps attendre. En effet, dans deux observations que rapporte M. Lepelletier, la guérison a été obtenue avec une extrême promptitude, et après une seule application de cette manœuvre.

Bien que ces faits soient trop peu nombreux pour légitimer à cet égard une conclusion définitive, ils sont du moins de nature à autoriser de nouvelles tentatives. Si une expérience plus étendue venait à confirmer la valeur de ces premiers essais, le massage deviendrait une méthode d'autant plus utile, qu'elle est sans inconvénient, d'un emploi facile et toujours à la disposition du praticien. (*Union méd.*, mars 1850.)

PNEUMONIE LOBULAIRE (*Effets remarquables des bains d'immersion froids dans la période asphyxique de la) chez les enfants.* Il est dans la pratique de notre art une grande distinction à établir entre les moyens usuels, ceux que l'on met en usage tous les jours dans les cas ordinaires, ceux que tous les praticiens manient sans difficulté et sans scrupule, et ceux qui, par leur éloignement des idées reçues, par l'énergie de leur action et par les dangers dont leur emploi peut être entouré, ne sont maniés par les médecins qu'avec une prudente réserve et ne peuvent jamais appartenir qu'à des cas exceptionnels. Ces moyens, qui sont presque toujours des moyens perturbateurs, les médecins ne les emploient peut-être pas assez souvent, parce qu'ils n'en ont pas assez l'habitude. Il faut espérer, cependant, que les progrès de l'art nous fourniront des indications autrement précises que celles que nous possédons à leur égard; et c'est pour travailler autant qu'il est en nous à avancer ce moment, que nous parlerons des bains d'immersion froids dans la pneumonie lobulaire chez les enfants. Certes, une pareille pratique s'éloigne de tous les principes reçus, et, dans le traitement de la pneumonie, on a bien plus recours à l'emploi du chaud, des boissons chaudes, du repos dans un lit bien chaud, qu'à l'emploi du froid. Supposez, cependant, un enfant atteint de pneumonie lobulaire, chez lequel on a employé successivement les vomitifs et les vésicatoires sans aucun succès, chez lequel les phénomènes asphyxiques, tenant à la présence des mucosités dans les bronches, marchent avec rapidité. Que fera le médecin? Restera-t-il spectateur impassible de cette lutte entre la vie et la mort? ou bien tentera-t-il quelques-uns de ces moyens désespérés, que le danger inspire, et que le succès justifie quelquefois? C'est ce qu'a fait un de nos confrères dans un cas de ce genre, et il a réussi. Voici le fait : M. Robinson fut appelé pour voir un enfant de treize jours qui, depuis deux ou trois jours, avait du coryza. L'enfant avait un peu de toux; mais, du reste, il n'y avait ni sifflement ni accélération dans la respiration, et l'enfant prenait bien le sein. Il prescrivit de l'ipécacuanha et un peu de manne. Le lendemain, l'enfant était moins bien; il y avait un peu de râle et plus de toux; M. Robinson prescrivit l'application d'un vésicatoire grand comme un schelling sur la poitrine. Le troisième jour, l'enfant était plus mal et dans un état voisin de l'asphyxie. La respiration était précipitée, la face livide, le pouls faible, la peau chaude, et dans toute la poitrine on entendait des râles muqueux abondants. Un bain chaud ranima un peu les cris qui s'affaiblissaient, détermina un peu de toux et diminua l'intensité des phénomènes asphyxiques. Mais ces phénomènes ne tardèrent pas à reparaître; et, vingt-quatre heures après, l'enfant était dans la stupeur complète, la face livide, les extrémités froides, la respiration d'une fréquence extrême et le pouls misérable. Un nouveau bain chaud ne fut suivi d'aucun effet. Dans ces circonstances, M. Robinson ne prit conseil que de son inspiration, et plongea l'enfant dans l'eau froide. Immédiatement l'enfant cria et rendit un peu de mucus. On le replongea dans le bain chaud; mais l'asphyxie reparaissant, M. Robinson lui plongea le siége dans l'eau froide, et réussit encore à lui faire rendre du mucus. Cependant, comme ce moyen n'allait pas encore assez vite au gré de son impatience, il titilla l'arrière-gorge avec les barbes d'une plume. Pendant une heure il ne put obtenir de vomissements; mais, à la longue, il finit par lui faire rendre deux cuillerées de mucus épais et écumeux, avec de petits débris de substance comme purulente. Le soulagement fut immédiat, et l'enfant put prendre un peu

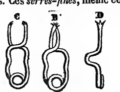
de lait. Dans la nuit, nouveaux accidents d'asphyxie, qui furcut combattus par un large vésicatoire sur la poitrine, de petites doses d'eau-de-vic coupée d'eau et des paquets de calomel et d'oxyde blanc d'antimoine. A partir de ce moment, l'enfant se réchauffa et entra rapidement en convalescence. — Nous demanderons ce qu'il fût advenu de ce pauvre enfant s'il eût été abandonné à lui-même, et si M. Robinson n'eût eu recours à des moyens véritablement héroïques. L'habileté, la hardiesse même, ne sont pas toujours les seules clefs du succès ; il faut encore quelque chose de plus, la persévérance dans les moyens que l'on a choisis. (*London med. Gaz.*, février 1850.)

RAMOLLISSEMENT CHRONIQUE DU CERVEAU (*Emploi de l'huile pyro-carbonée dans le traitement du*). Il est des maladies contre lesquelles la thérapeutique est généralement si impuissante, que l'on se demande si, dans les quelques cas où la guérison est survenue, ce n'est pas plutôt à la nature qu'aux ressources de l'art qu'il faut rapporter cet heureux résultat. Le ramollissement du cerveau est de ce nombre; presque constamment, une fois les premiers symptômes de cette maladie bien caractérisés, les accidents marchent sans interruption jusqu'à la mort. On comprend donc qu'on doit accueillir avec reconnaissance toutes les médications, si empiriques et si extraordinaires qu'elles soient, lorsqu'elles s'annoncent comme ayant pu apporter, sinon la guérison, du moins un temps d'arrêt à cette terrible maladie. Voici, par exemple, le docteur Von Scholler, professeur de clinique à Gratz, qui dit avoir constaté, dans bon nombre de cas, des effets on ne peut plus satisfaisants de l'huile pyro-carbonée, c'est-à-dire de l'huile qui résulte de la distillation du bois, mélange de divers carbures d'hydrogène. Sous l'influence de ce médicament, dit-il, j'ai vu diminuer, sinon disparaître la céphalalgie, les vertiges, la somnolence, le strabisme, la paralysie, etc.; beaucoup de malades se sont tellement bien trouvés de l'emploi de cette substance, qu'après y avoir été soumis pendant quelque temps, ils ont pu quitter l'hôpital et vivre un certain temps dans un état de santé supportable. Le professeur Scholler cite le cas d'une journalière, âgée de soixante ans, qui, après avoir présenté des signes non douteux de ramollissement, à la suite d'une encéphalite traumatique, put, après six semaines de l'emploi de l'huile pyro-carbonée, reprendre ses petites occupations, et qui, dans une rechute survenue deux ans après, se trouva encore très-bien de ce médicament. Elle succomba quelques mois après à des symptômes apoplectiques, et l'autopsie montra que le diagnostic était parfaitement exact. Voici maintenant comment le docteur Scholler administre ce médicament:

Pr. Huile empyreumatique de bois............ } ãã 1 gr. 20 c.
Extrait de réglisse.. ... }
Poudre de racine de réglisse.............. Q. S.
Pour faire des pilule de 15 centigr.

Deux pilules de deux en deux heures chez l'adulte. (*Esterreichische medicinische Wochenscheft*).

SERRES-FINES COUDÉES. *Modification nouvelle apportée à ces petits instruments*. Les divers modèles de *serres-fines* exécutés d'après les indications de M. Vidal (de Cassis) ont une direction verticale : l'ensemble de l'instrument suit une ligne droite, comme la plupart des pinces. Ces *serres-fines*, même celles



d'un numéro inférieur, ont une hauteur qui gêne le pansement, pour ceux qui veulent encore faire un pansement, car on sait que M. Vidal se contente de couvrir les serres-fines avec une simple compresse mouillée. Elles peuvent alors être ébranlées; de là un tiraillement des bords de la plaie ou une chute des *serres-fines*, pour peu que celles-ci manquent de ressort. Ces faits ont

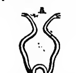


conduit M. Charrière à couder la *serre-fine*, au moment où les bran-

ches se croisent, de manière que l'ensemble de l'instrument forme à peu près un angle droit. Dans ce nouveau modèle il n'y a de vertical que les extrémités prenantes des pinces; le reste est horizontal. La hauteur de l'instrument est donc très-bornée et les inconvénients signalés sont moins à craindre. On doit appliquer les *serres-fines coudées* en commençant par une extrémité de la plaie: ainsi, en supposant une plaie qui aurait la direction d'une des lignes de cet article, on place la première *serre-fine* à l'extrémité droite, de manière à diriger



les mors à gauche; ce qu'on pourrait appeler la queue de l'instrument est dirigé en sens opposé. Les autres *serres fines* sont appliquées de la même manière devant la première *a* en marchant vers l'extrémité opposée de la plaie. Ainsi placés, ces petits instruments se trouvent imbriqués et forment une espèce de voûte à toute la plaie, voûte très-solide et pouvant permettre un pansement méthodique. Nous devons ajouter



que ces *serres-fines coudées* ne peuvent se *décroiser*. On leur reprochera peut-être d'obliger le praticien à enfreindre ce principe de chirurgie qui veut que, dans le pansement d'une plaie, les premiers moyens d'union soient d'abord appliqués vers le milieu des lèvres traumatiques. On pourra, pour obéir à ce principe, commencer par l'application, sur le centre de la plaie, d'une ou deux *serres-fines* verticales, de celles que M. Vidal appelle *de sûreté*, et qui appartiennent au numéro le plus élevé; puis on fera l'application des *serres-fines coudées* d'après la règle que nous venons de faire connaître. On pourrait même faire marcher les petites *serres-fines*, en les faisant partir de chaque extrémité de la plaie et les dirigeant vers son centre, vers les *serres-fines de sûreté*: celles-ci seraient alors enlevées immédiatement pour être remplacées par de plus petites, ou bien on les laisserait jusqu'au soir, ce qui vaudrait peut-être mieux.

UTÉRUS (*Rétroversion de l'*) *traitée par la cautérisation de la lèvre postérieure du col et de la partie correspondante du vagin*. La discussion de l'Académie sur l'importante question des engorgements et des déviations de l'utérus dont nous avons résumé et apprécié les principaux points, n'aura pas eu seulement pour résultat de rectifier des erreurs, de détruire des préjugés et de faire enfin mieux connaître l'état de la science à cet égard; elle a encore fourni l'occasion de produire des faits pratiques intéressants, dont l'art devra faire son profit, l'expérience aidant. Nous signalerons entre autres une nouvelle méthode de traiter les rétroversions de l'utérus, due à l'ingénieuse initiative de M. Amussat.

Le moyen que préconise cet habile chirurgien, et dont il a déjà fait un heureux essai, consiste à faire adhérer ensemble la partie postérieure du col et la paroi correspondante du vagin en détruisant la muqueuse par la cautérisation superficielle avec le caustique solidifié de potasse et de chaux. Le procédé de cautérisation pratiqué dans ce but est des plus simples. Il suffit d'appliquer le caustique de potasse et de chaux solidifié sur la lèvre postérieure du col seulement, d'essuyer très-légèrement et de placer en avant du col quelques tampons de linge, afin de déterminer le contact de cette partie avec la partie postérieure du vagin. Alors le caustique qui n'a pas été absorbé par la lèvre postérieure du col, agit encore avec assez de force pour ulcérer légèrement le vagin et permettre la formation d'adhérences entre ces deux parties. On comprendra du reste beaucoup mieux le procédé et ses résultats après la relation du fait suivant rapporté par M. Amussat.

Une dame âgée de trente ans, éprouvant depuis six ans une série de phénomènes morbides les plus variés et les plus incommodes, vint consulter M. Amussat qui constata par le toucher une rétroversion de l'utérus à laquelle il crut devoir rapporter tous les symptômes. Après avoir mis en

usage sans succès pendant plusieurs mois les cataplasmes vaginaux, les éponges, les ceintures hypogastriques, pessaires, bains de mer, etc., M. Amussat se détermina à recourir à la cautérisation de la partie postérieure du col, qu'il pratiqua comme il vient d'être dit. Quelques jours après cette opération, il se manifesta déjà un changement très-favorable dans les fonctions digestives (qui avaient été jusque-là le siége de troubles variés considérables); les défaillances auxquelles elle était fréquemment en proie cessaient de jour en jour. Environ six semaines après, l'utérus était réduit de volume. Une seconde cautérisation fut pratiquée à cette époque et de la même manière, à la suite de laquelle une bride commença à se former sous le col; une troisième enfin, pratiquée à peu près après le même intervalle de temps, amena des progrès de plus en plus rapides dans l'amélioration. Cinq mois après le début du traitement la malade n'éprouvait plus aucun des symptômes qui l'avaient tant tourmentée pendant plusieurs années. M. Amussat constata alors par le toucher que le col, actuellement redressé, était adhérent à la paroi postérieure du vagin, et qu'il existait dans ce point une bride de plus d'un centimètre de long, sur les côtés de laquelle se trouvait un cul-de-sac. La guérison dès lors lui parut définitive.

Dans quelques cas, M. Amussat a fait la cautérisation transcurrente du cul-de-sac vaginal ou de la paroi postérieure du vagin, dans la crainte que l'excédant du caustique appliqué sur la lèvre postérieure ne fût insuffisant pour agir avec assez de force sur le vagin. Mais comme la rétroversion est souvent accompagnée d'engorgement du col et du corps de l'utérus, et que d'ailleurs le déplacement peut être entretenu par l'engorgement, il suffirait dans ces cas, suivant M. Amussat, de cautériser la lèvre postérieure du col pour obtenir en même temps et le dégorgement et le redressement de l'organe. Si plus tard, ajoute M. Amussat, la guérison était moins complète que par des adhérences établies entre la lèvre postérieure et la paroi correspondante du vagin, et s'il existait encore des symptômes indiquant un déplacement, il faudrait poursuivre le traitement et le compléter par la cautérisation de la lèvre postérieure du col et de la paroi correspondante du vagin, afin d'obtenir le redressement permanent de l'utérus par des adhérences solides.

Cette méthode, bien qu'elle ne compte encore pour elle qu'un fait, doit être enregistrée comme pouvant répondre à des indications que l'avenir fera mieux connaître, et donner lieu, au moins exceptionnellement, à d'heureux résultats ; car nous nous expliquons la guérison d'une autre manière que l'honorable chirurgien. (*Compte-rendu de l'Académie*, février 1850.)

VARIÉTÉS.

DE L'ÉTHÉRISATION.

Note lue à la séance publique de l'Académie des sciences,

PAR M. LE PROFESSEUR VELPEAU.

Les moyens de rendre l'homme insensible aux douleurs que causent les opérations chirurgicales ont si vivement fixé l'attention du public et des corps savants depuis quelques années, qu'il ne paraîtra sans doute pas inutile d'examiner où en est aujourd'hui l'état de la science sur ce point. Les philosophes qui, avec Possidonius et sa secte, en nient jusqu'à l'existence, les stoïciens qui la bravent, les physiologistes qui, comme Mojon encore, soutiennent qu'elle est la source du plaisir, n'ont convaincu personne, et la douleur est à présent ce qu'elle a toujours été, ce qu'elle sera toujours : une triste réalité.

La pensée de soustraire à la douleur les humains qu'on est forcé de sou-

mettre aux opérations que nécessitent certaines maladies, est donc toute naturelle. Aussi n'est-ce pas seulement de nos jours, comme beaucoup de personnes l'ont cru, qu'elle s'est offerte à l'esprit des médecins. L'espoir de rendre l'homme insensible à l'action des instruments chirurgicaux remonte si loin dans l'histoire, qu'on le trouve nettement exprimé dans les plus anciens auteurs. La *pierre* dite de *Memphis*, réduite en poudre et dissoute dans le vinaigre, servait déjà à cet usage, si l'on en croit les Grecs et les Romains ; la *mandragore* a surtout joui d'une grande réputation sous ce rapport. La décoction vineuse de mandragore fait dormir et apaise les douleurs ; c'est pour cela qu'on l'administre, au dire de Dodonée, à ceux auxquels on veut couper, scier ou brûler quelque partie du corps. Dioscoride et Matthiole parlent même de deux espèces de mandragore, l'une que l'on mange, l'autre dont on boit la décoction pour rendre insensible pendant les opérations chirurgicales ; et Pline avait dit, avant eux, que le suc épaissi des baies de mandragore engourdit contre la douleur ceux qui doivent subir l'amputation ou la ponction de quelques organes. Les chirurgiens du moyen âge étaient fort au courant de l'emploi de certains anesthésiques. Hugues de Lucques, praticien distingué du treizième siècle, s'explique très-clairement à ce sujet : Une éponge imbibée des sucs de morelle, de jusquiame, de ciguë, de laitue, de mandragore, d'opium, mise sous le nez, endormait les malades pendant les opérations ; on les réveillait ensuite en leur présentant une autre éponge trempée dans le vinaigre, ou en leur mettant du suc de rue dans les oreilles. N'avons-nous pas vu, par la communication de M. Julien, qu'il y a plusieurs siècles, les Chinois savaient aussi rendre les malades insensibles pendant les opérations? Boccace raconte que, de son temps, le chirurgien Mazet de la Montagne, de la fameuse école de Salerne, opérait ses malades après les avoir endormis au moyen d'une eau de sa composition. Des formules ne se sont-elles pas transmises d'âge en âge pour donner à quelques malfaiteurs le moyen d'endormir leurs victimes avant de les dévaliser, ou de les faire périr sans violence ? Qui ne sait qu'à la Renaissance, certains prisonniers parvenaient à se procurer quelques-unes de ces drogues dans le but de supporter, sans douleur, les tortures auxquelles ils étaient condamnés, auxquelles on soumettait alors tant de malheureux? Ne dit-on pas enfin que des empiriques turcs endorment aussi ceux auxquels ils doivent pratiquer la circoncision ?

Si, depuis, toutes tentatives de ce genre ont été dédaignées, il faut s'en prendre à ce que les faits annoncés par Théodoric et par d'autres, manquant de détails précis, d'authenticité suffisante, ont volontiers été rangés parmi les fables ou les actes de sorcellerie, et aussi à ce que l'usage des moyens indiqués était de nature à inspirer de véritables inquiétudes sur le compte des malades qu'on y soumettait. J'ajoute que, selon toute apparence, les résultats n'étaient ni assez complets, ni assez constants, ni assez passagers pour engager les chirurgiens prudents à essayer sérieusement l'emploi de semblables ressources.

L'activité de l'esprit humain s'est tellement attachée à la question des anesthésiques, au surplus, qu'elle n'a jamais cessé complètement de s'en occuper, et nous allons retrouver dans le siècle actuel le même genre de tentatives, mais avec d'autres substances que dans les siècles passés, sans compter ce que l'on a dit du haschich et du magnétisme. En 1818, sir H.

Davy ayant fait usage sur lui-même du gaz oxyde d'azote pour calmer des douleurs de dents, n'hésite pas à dire que l'on pourrait *probablement* employer ce gaz avec avantage dans les opérations chirurgicales. Sans parler de quelques expériences tentées peu de temps après par M. Thénard et d'autres dans l'amphithéâtre de Vauquelin, qui l'essaya aussi sur lui-même pour vérifier les propriétés anesthésiques et hilarantes de ce singulier corps, il n'est pas douteux au moins qu'un dentiste de Harford, M. H. Wells, s'en servait avec succès, dès 1842 ou 1844, pour extraire les dents sans douleur. On a trop oublié, en outre, qu'un Anglais, M. Hickman, se fit annoncer à Paris, vers 1821, comme capable de rendre insensible à la douleur les malades qu'on opère, en leur faisant respirer certaine substance gazeuse, dont il ne paraît pas, du reste, avoir fait connaître le nom. Sous ce rapport, les propriétés de l'éther lui-même n'étaient pas tout à fait ignorées des médecins. Quelques toxicologues, M. Orfila, M. Christison, entre autres, avaient constaté que, donné à l'intérieur et à de certaines doses, l'éther peut rendre les animaux insensibles. Comme calmant, il a souvent été prescrit à l'homme sous forme de vapeur. M. Mérat parle déjà, comme l'avait fait Nysten, d'un appareil, d'un flacon à double tubulure, destiné à faire respirer la vapeur d'éther aux malades pour calmer les douleurs. Un savant anglais, M. Faradey, fait même remarquer que l'inhalation de l'éther agit sur l'homme comme le gaz protoxyde d'azote, et que son action, exhilarante d'abord, ne tarde pas à devenir stupéfiante.

Les éléments, les matériaux de la découverte existaient dans la science et n'attendaient depuis longtemps qu'une main hardie ou un heureux hasard pour se dégager de la confusion qui les avait soustraits jusque-là aux regards des savants. Ici, comme dans presque toutes les grandes choses qui semblent surgir tout à coup aux yeux du monde étonné, le fait avait été entrevu une infinité de fois. A diverses époques, on avait été sur le point de le saisir ; mais la question n'étant pas mûre, il avait toujours échappé, et, après chaque effort nouveau, la science était retombée dans son inertie première.

Néanmoins, l'époque d'une belle conquête scientifique était arrivée ; le temps en avait marqué l'heure : la chimère d'autrefois allait faire place à une éclatante réalité. Il était réservé au Nouveau-Monde, à la ville de Boston, de donner à ce que chacun croyait impossible, la force d'un fait accompli. Deux hommes se sont en quelque sorte associés pour la démonstration du fait. L'un, M. Jackson, chimiste, savant distingué, ayant vu des élèves s'enivrer avec de l'éther et devenir insensibles dans les laboratoires de Cambridge, respire lui-même de la vapeur éthérée pour se guérir de la migraine ou calmer des irritations de poitrine, qu'il avait contractées en inspirant du chlore. Ses expériences et ses remarques le portent à conclure que les vapeurs d'éther peuvent rendre l'homme insensible à l'action des agents extérieurs. L'autre, M. Morton, simple dentiste, tourmenté depuis un certain temps du besoin de réaliser le fameux axiome des hommes de sa profession, d'extraire les dents sans causer de douleur, en parle à M. Jackson, dont il avait été l'élève. « Faites respirer de l'éther à vos malades, lui dit le chimiste, ils s'endormiront, et vous en ferez ensuite tout ce que vous voudrez. » Avec ce trait de lumière, M. Morton se met à l'œuvre, imagine ou construit des appareils, se livre à des essais, et parvient bientôt à enlever effectivement sans douleur les dents de ceux qui

viennent réclamer l'adresse de sa main. Sûr de son fait alors, il s'adresse aux chirurgiens de l'hôpital de Massachussetts, et leur propose d'appliquer son moyen aux malades qui doivent être soumis à l'action de l'instrument tranchant. On hésite un moment, on accepte ensuite. Sans être complète, une première expérience donne du courage; à la deuxième tentative, le succès ne laisse rien à désirer. Les faits se multiplient en peu de jours, et la question est presque aussitôt résolue que posée; nulle objection n'est plus possible; les plus incrédules sont obligés de céder à l'évidence; il faut en croire ses yeux : la solution du grand problème est enfin trouvée! Ces premiers résultats, obtenus en Amérique, ont bientôt franchi les mers, et ne tardent pas à être confirmés en Angleterre, par quelques dentistes et quelques chirurgiens. Nous n'en sommes instruits en France, à Paris, que quelques jours plus tard, ce qui n'empêche pas qu'en moins d'un mois la possibilité de supprimer la douleur pendant les opérations chirurgicales soit démontrée sans réplique dans vingt hôpitaux différents de la capitale.

Cependant, ainsi qu'on devait s'y attendre, les bienfaits de cette merveille ne furent point exposés au sein des Académies sans quelques restrictions. Le fait de l'anesthésie artificielle ne pouvait pas prendre place dans la science, après tout, sans y être soumis à un examen sévère. On ne range point définitivement une telle découverte au nombre des acquisitions utiles, avant de l'avoir étudiée sous toutes ses faces, avant d'en avoir bien pesé la valeur pratique. A ce point de vue, l'esprit eut lieu d'être promptement satisfait. Jamais découverte ne fut soumise à un plus vaste contrôle; jamais sujet ne fut travaillé avec plus d'ardeur. Expériences sur les animaux, expériences sur soi-même, expériences sur l'homme sain et sur l'homme malade; médecins et chirurgiens, tout le monde se mit à l'œuvre. Le fait étant facile à répéter à toute heure et en tous lieux, on ne tarda pas à pouvoir compter, dans Paris seulement, les observations par milliers. Maintenant donc que de tous côtés, que sur tous les points civilisés du globe, en Allemagne, en Russie, en Italie, en Espagne, en Portugal et en Egypte même, comme en Amérique, en Angleterre ou en France; que dans les provinces, dans les moindres villages comme dans les capitales; que chez les particuliers comme dans les grands hôpitaux, l'éthérisation est devenue un accessoire en quelque sorte obligé de toute opération, depuis bientôt quatre années, le nombre des expériences doit être incalculable. Une si riche moisson, une masse si considérable de matériaux ont dû mettre les praticiens à même d'envisager la question par tous ses côtés, d'en isoler tous les éléments, d'en apprécier toute l'importance.

Que de singularités, que de tableaux variés se sont déroulés aux yeux de l'observateur attentif! Tantôt le malade qu'on éthérise a la conscience de l'opération qu'on lui pratique; il sait qu'il en est le sujet; il en suit pour ainsi dire toutes les phases. Un noble russe avait réclamé mes soins pour une maladie dont les progrès ne pouvaient être arrêtés que par une opération des plus douloureuses. Il s'agissait d'extirper un œil devenu cancéreux. Soumis aux vapeurs anesthésiques, le malade tombe dans un sommeil complet, et l'opération est pratiquée sans qu'il manifeste la moindre douleur. A son réveil, il m'explique ce qui s'est passé en lui : « Je n'avais pas perdu, me dit-il, la suite de mes idées; résigné à l'opération, je savais que vous y procédiez, et j'en suivais tous les temps : non que je sentisse la moindre douleur; mais j'entendais distinctement le bruit de votre

instrument qui pénétrait dans les parties, qui les divisait, et séparait ainsi ce qui était malade de ce qui était sain.» Ainsi, sauf la douleur et la faculté de réagir, l'intelligence persistait et analysait jusqu'à l'opération elle-même.

D'autres fois, ce sont des rêves de diverses natures qui bercent les malades; des songes, qui tantôt ont rapport à l'opération, et qui tantôt lui sont étrangers. Des femmes s'imaginent être au bal ou à quelque concert. Quelques-unes m'ont parlé de visions, tantôt agréables, tantôt pénibles. L'une d'elles se trouvait suspendue dans l'atmosphère et entourée d'une voûte délicieusement étoilée; une autre était au centre d'un vaste amphithéâtre dont tous les gradins étaient garnis de jeunes vierges d'une blancheur éblouissante. Une dame, qui n'avait manifesté aucun signe de douleur pendant que je la débarrassais d'une volumineuse tumeur du sein, se réveilla en souriant, et me dit : «Je sais bien que c'est fini, laissez-moi revenir tout à fait, et je vais vous expliquer cela... Je n'ai absolument rien senti, ajouta-t-elle bientôt, mais voici comment j'ai su que j'étais opérée. Dans mon sommeil, j'étais allée faire une visite à une dame de ma connaissance, pour l'entretenir d'un enfant pauvre que nous avions à placer. Pendant que nous causions, cette dame me dit : — Vous croyez être en ce moment chez moi, n'est-ce pas? Eh bien, ma chère amie, vous vous trompez complètement, car vous êtes chez vous, dans votre lit, où l'on vous fait l'opération à présent même.

«Loin de m'étonner de son langage, je lui ai tout naïvement répondu : — Ah! s'il en est ainsi, je vous demande la permission de prolonger un peu ma visite, afin que tout soit fini quand je rentrerai à la maison. Et voilà comment, en ouvrant les yeux, avant même d'être réveillée tout à fait, j'ai pu vous annoncer que j'étais opérée.» Quelle source féconde pour la psychologie et la physiologie que ces actes qui vont jusqu'à séparer l'esprit de la matière, ou l'intelligence du corps!

Au point de vue de la chirurgie, ces rêves se rangent en deux catégories : les uns avec mouvements, avec agitation; les autres avec maintien du calme, et sans réaction musculaire. Ils ont mis en lumière un fait étrange. En éteignant la sensibilité, les anesthésiques provoquent ordinairement le relâchement des muscles : aussi nous sommes-nous servis de bonne heure et avec des avantages marqués de l'éthérisation pour favoriser la réduction des luxations et de certaines fractures. J'en avais même inféré dès le principe que l'anesthésie rendrait peut-être quelques services dans la manœuvre des accouchements difficiles, dans le traitement du tétanos, etc... Or, l'expérience a démontré que, chez quelques malades, l'action musculaire est si peu émoussée pendant l'éthérisation, que, gouvernés par leurs rêves, ils se meuvent, s'agitent, se redressent avec force au point de se soustraire aux mains des aides, et d'échapper par moments à la sollicitude de l'opérateur.

Ce qu'il y a de plus insolite, ce qui serait à peine croyable pour moi, si je ne l'avais constaté plusieurs fois, c'est qu'un même malade, soumis à l'action des anesthésiques, ait les muscles comme paralysés sur un point pendant qu'il les contracte énergiquement sur d'autres. Un malade de la ville, auquel j'enlevais une tumeur du bras gauche, était tellement préoccupé de questions électorales, qu'il ne cessa de crier, de se disputer, de remuer avec force la tête, les jambes et même le bras droit pendant toute

la durée de l'anesthésie, en même temps que le bras malade restait calme et parfaitement exempt de contractions musculaires. Chez un jeune homme fort et bien constitué, auquel j'eus à réduire une luxation du coude, nous fûmes frappés de ce singulier phénomène. Assis sur une chaise, il ne cessa point, durant toute l'opération, de se cramponner avec vigueur du pied et du bras sain à la table et contre un pilier voisin, pendant que, de l'autre côté, la luxation se réduisait avec une extrême facilité, que nos tractions ne rencontraient aucune résistance musculaire. On eût dit une intelligence mystérieuse éteignant l'action musculaire là où elle était nuisible, pour l'exagérer en quelque sorte là où elle pouvait servir ou ne pas nuire !

Au surplus, les rêves de l'anesthésie, les rêves avec mouvements désordonnés surtout, se voient beaucoup moins avec le chloroforme qu'avec l'éther. Encore faut-il ajouter qu'avec le chloroforme les malades, une fois réveillés, ne peuvent plus, en général, rendre compte de ce qu'ils ont éprouvé, ne se souviennent plus d'avoir rêvé. J'en ai vu plusieurs qui criaient, cherchaient à remuer, parlaient distinctement d'objets divers jusqu'à la fin de l'opération, et qui, une fois revenus, ont cru n'avoir rien dit, être restés absolument tranquilles. J'en ai vu aussi cependant qui n'oublient point le sujet de leurs rêves. Une demoiselle du monde, grande amateur de musique, fredonna tout le temps, avec le plus grand calme, un air qu'elle affectionnait, pendant que je lui enlevais une énorme tumeur des profondeurs de la cuisse. A son réveil, elle se rappela très-bien sa chanson, quoiqu'elle fût restée parfaitement insensible à l'action de nos instruments.

L'emploi de l'anesthésie artificielle s'est tellement et si rapidement popularisé, qu'on en a maintenant fait usage, non-seulement pour toutes les opérations de la chirurgie, mais encore en médecine, dans le traitement de l'épilepsie, de l'hystérie, de certaines formes de l'aliénation mentale, des affections nerveuses en général. On s'en est servi aussi dans l'art des accouchements, lorsqu'il est nécessaire de venir au secours de l'organisme impuissant, aussi bien que pour épargner aux femmes les douleurs qui servent naturellement de prélude à la naissance de l'homme.

Mise en pratique par MM. Chailly, Devilliers, P. Dubois, Bodson à Paris, par M. Stoltz à Strasbourg, par M. Villeneuve à Marseille et par d'autres, l'éthérisation ne s'est point encore généralisée dans l'art des accouchements parmi nous. C'est en Angleterre et en Amérique qu'on s'en est occupé avec le plus d'ardeur sous ce rapport, à tel point que M. Simpson qui, partant d'une expérience de M. Flourens sur les animaux, a substitué le chloroforme à l'éther en chirurgie, et M. Meigs, accoucheur distingué de Philadelphie, s'en disputent aujourd'hui la première idée.

Ce n'est ni le moment, ni le lieu peut-être d'examiner la portée d'une semblable application de l'anesthésie. Je puis dire toutefois que, pour être admise ici, elle aura plusieurs genres d'obstacles à surmonter. Outre la difficulté du remède en lui-même, on rencontre tout d'abord la loi divine qui, chez les israélites et les chrétiens, veut, d'après la Genèse, que la femme enfante avec douleur. Des théologiens soutiennent, en effet, que soustraire la femme à cette fâcheuse conséquence de sa première faiblesse, serait un sacrilége. Aussi, en Angleterre, pays où les principes religieux conservent tant de puissance, voit-on M. Simpson, en butte aux at-

taques les plus vives de la part des docteurs de la foi, obligé d'entrer en lutte avec les évêques, et de discuter sérieusement les articles de la Bible.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Nous nous sommes bornés, dans notre dernier numéro, à consigner les prix accordés par l'Académie des sciences, sans faire suivre cette énumération de réflexions aucunes. Nous ne saurions cependant ne pas revenir sur le mode de répartition adopté par l'Académie. Y avait-il en médecine ou en chirurgie une découverte plus digne d'être récompensée, une découverte d'une importance aussi grande pour la science et pour l'humanité que la découverte des anesthésiques? Eh bien! l'Académie, qui pouvait disposer d'une somme considérable pour récompenser dignement les auteurs de cette découverte, a accordé à chacun des inventeurs la faible somme de 2,500 francs. Nous regrettons cette parcimonie, pour l'honneur de ce corps savant; et ce nous est une nouvelle occasion de protester contre ce système de morcellement adopté pour les prix académiques, morcellement qui ne tend à rien moins qu'à convertir des récompenses vraiment nationales en des encouragements de gros sous. Quel prix attacher à un encouragement de 1,000 ou de 1,500 francs, lorsque cet encouragement on le partage avec un grand nombre d'autres personnes dont les travaux n'ont pas tous une valeur égale? Que l'Académie des sciences ne l'oublie pas; les prix académiques ne sont pas destinés à servir de monnaie courante à certains services, ou à payer des dépenses faites par les auteurs dans un but plus ou moins scientifique; mais bien à récompenser dignement les travaux qui portent l'empreinte du génie ou qui renferment les éléments d'une découverte plus ou moins importante.

Le concours pour la chaire de médecine opératoire est terminé depuis quelques jours. M. Malgaigne a été nommé professeur, au second tour de scrutin, par huit voix contre quatre données à M. Nélaton et trois à M. Robert.

L'Académie s'est enfin décidée à en finir avec ce prix d'Argenteuil qui avait suscité tant d'orages au sein de la docte compagnie; seulement elle n'a donné le prix à aucun des concurrents, et tout s'est borné à des mentions honorables accordées: à M. Béniqué, pour les règles prudentes qu'il a posées pour la dilatation des rétrécissements urétraux; à M. Guillon, pour ses tiges en baleine et pour la pratique de l'incision des rétrécissements durs et non dilatables; à M. Leroy d'Etiolles, pour l'ensemble des instruments qu'il a inventés et appliqués au traitement des divers rétrécissements prostatiques et urétraux; à M. Mercier, pour ses recherches anatomiques sur les valvules du col de la vessie et la précision de l'incision à laquelle il les soumet; à M. Perrève, pour l'originalité de sa sonde dilatante; à M. Reybart, pour ses travaux sur les rétrécissements de l'urètre, les recherches et les expériences d'un haut intérêt qu'il a faites sur ce sujet et qui serviront probablement un jour à en perfectionner le traitement. Les fonds provenant du premier prix seront réservés pour augmenter d'autant, non pas le second prix seulement, ce qui en augmenterait démesurément les proportions, mais les second, troisième et peut-être le quatrième, de telle sorte qu'il y

aura moins d'inégalité dans les premières rémunérations. Les programmes feront connaître successivement la valeur de ces prix.

En vertu d'un article du règlement de l'Académie, qui statue que le doyen de la Faculté de médecine est, de droit, membre de ce corps savant, M. le professeur Bérard avait été associé à ses travaux; mais le décannat expiré, le titre d'académicien devait se perdre. L'Académie n'a point voulu qu'il en fût ainsi, et a adressé au ministre le vœu que M. Bérard restât membre titulaire après son décannat. Un décret du président de la République vient de sanctionner ce vœu de l'Académie. Nous ne pouvons qu'applaudir à cet hommage rendu à la haute valeur scientifique et aux brillantes qualités de notre nouveau doyen.

La Commission municipale de Paris vient de décider que huit cent cinquante lits seront supprimés aux hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre, et que les sommes destinées à l'entretien de ces malades dans ces hospices seront converties en un certain nombre de secours annuels, de 253 fr. pour les hommes et de 195 fr. pour les femmes, pour des vieillards des deux sexes dans les conditions où se font ordinairement les admissions dans ces hospices.

Notre honorable confrère, M. Tessier, médecin suppléant des hôpitaux de Lyon, vient d'être nommé médecin titulaire de la prison de Roanne.

M. Rollet, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, en remplacement de M. Rodet.

Trois de nos honorables confrères de l'armée d'Afrique, MM. Cauquil, Trollet et de Manas, viennent de recevoir la décoration de la Légion-d'Honneur en considération des services qu'ils ont rendus pendant le choléra.

La Société de médecine de Strasbourg vient d'adresser à l'Assemblée législative une pétition contre l'impôt de la patente. Il serait à désirer que les Sociétés médicales des départements suivissent l'exemple qui leur est donné par leur sœur de Strasbourg. Peut-être, en agissant avec ensemble, la profession médicale pourrait-elle encore détourner le coup affreux qui la menace.

On s'occupe activement, dit-on, d'une réorganisation du corps des officiers de santé de la marine et de leur situation hiérarchique. Il est question d'appliquer aux chirurgiens de l'armée de mer le décret rendu en 1848 par le gouvernement provisoire, décret établissant l'assimilation avec les chirurgiens de l'armée de terre. Ces serviteurs, si utiles et si modestes, seraient mieux traités qu'ils ne l'ont été jusqu'ici.—Il avait été question un moment de supprimer l'Ecole de médecine navale de Rochefort et de ne laisser subsister que les deux grandes écoles établies dans les ports de Toulon et de Brest. Cette mesure n'a pas été adoptée.

Nous sommes heureux d'apprendre qu'une souscription a été ouverte en faveur de la veuve du chimiste Courtois, celui qui a découvert l'iode. Cette souscription a pour but de faire entrer Mme Courtois à l'hospice des Ménages.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

EMPLOI MÉDICAL DE L'ARSENIC, PARTICULIÈREMENT DANS LES MALADIES DE LA PEAU ET LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

Par le docteur GIBERT, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Deuxième article) (1).

Avant d'entrer dans le détail des expériences cliniques relatives à l'emploi de l'arsenic contre les *fièvres intermittentes*, *les maladies de la peau* et le *cancer*, nous donnerons un court résumé de l'historique de la question thérapeutique envisagée d'une manière générale (2).

I. On sait que les anciens ne connaissaient et n'employaient que les sulfures natifs désignés sous les noms d'*orpiment* et de *réalgar* (sulfures natifs mélangés parfois d'une faible quantité d'acide arsénieux), et qu'ils les appliquaient surtout comme topiques.

Dioscoride désigne l'orpiment sous le nom d'arsenic et le réalgar sous celui de sandaraque. Il leur reconnaît des propriétés styptiques et escarrotiques. Unis à la résine, à l'huile de rose ou à d'autres excipients, ils étaient appliqués aux maladies de la peau invétérées. Mais, en outre, le réalgar était administré *à l'intérieur*, suspendu dans une émulsion, contre la suppuration des poumons ; uni à du miel, dans l'enrouement; en potion, combiné à la résine, dans l'asthme. Enfin, brûlé avec la résine et réduit à l'état de vapeur, on en faisait des fumigations pulmonaires, au moyen d'un siphon introduit dans la bouche, dans les toux invétérées.

M. Trousseau a répété de nos jours les essais thérapeutiques des anciens, en substituant l'acide arsénieux aux sulfures d'arsenic, et prétend en avoir retiré quelques bons effets dans le catharre chronique et même dans la phthisie. Il n'a pas craint même de joindre, à l'administration interne du remède en pilules, des fumigations respiratoires faites à l'aide de cigarettes préparées avec du papier imbibé d'une solution d'arséniate de soude. Ces fumigations, je l'avoue, m'inspirent peu de confiance : ou elles sont incomplètes et mal prises, comme c'est le cas le plus ordinaire, et alors elles sont à peu près de nul effet ; ou la vapeur est bien aspirée et pénètre dans les voies respiratoires, et alors elles offrent un danger sérieux. On connaît l'exemple de ce chimiste

(1) Voir le numéro du 15 mars 1850, pag. 193.

(2) Voir la Monographie latine de Harles sur l'usage de l'*arsenic* (1811).

subitement empoisonné par quelques aspirations de vapeurs mêlées d'hydrogène arséniqué.

Aussi, lorsque dans la peste de Marseille on s'avisa, je ne sais d'après quelle autorité, de faire dans les maisons des fumigations prétendues désinfectantes avec l'acide arsénieux, Chirac se hâta de les faire cesser en les proclamant éminemment dangereuses. On lit dans le *Bulletin des sciences médicales* de Férussac, t. XIV, p. 285, que le docteur J. Walt, qui s'était exposé dans une chambre close aux vapeurs de 6 grains d'acide arsénieux brûlés sur des charbons, fut pris la nuit suivante d'anxiété, resserrement de la trachée, céphalalgie, qui le fatiguèrent beaucoup et le forcèrent à renouveler l'air de la chambre.

Les Arabes continuèrent les traditions des anciens, mais se servant presque uniquement des sulfures d'arsenic comme topiques épilatoires, détersifs et cathérétiques...; en quoi ils furent imités par les chirurgiens du moyen âge, qui employèrent aussi comme caustique l'acide arsénieux ou arsenic blanc.

Avicenne toutefois mentionne aussi leur usage en potion, où ils sont combinés avec l'hydromel, dans les crachements de sang et de pus, les toux chroniques, la suppuration des poumons, et même, sous forme pilulaire, contre l'asthme, et en lavements contre les hémorrhoïdes.

Toutes les formules épilatoires des anciens, imitées par les Arabes et par les Orientaux, contenaient du sulfure natif d'arsenic ordinairement uni à la chaux.

Lorsque l'acide arsénieux fut à son tour employé en médecine, on n'osa guère s'en servir qu'à l'extérieur, comme caustique, et c'est ainsi qu'il a acquis une réputation justement méritée dans la poudre de *Rousselot* et dans la pâte arsenicale du frère *Cosme* (1).

On suppose que c'est la dissolution de cet acide dans l'eau que les

(1) C'est Albucasis qui paraît avoir le premier décrit, avec soin, le meilleur procédé pour préparer l'arsenic blanc ou acide arsénieux, dans le douzième siècle.

Il est fort douteux que les arabistes et les médecins du treizième au seizième siècle aient employé, *à l'intérieur*; ce poison énergique; mais on trouve dans les écrits de Théodore, de Guy de Chauliac, de Savonarola, de Lanfranc, etc., des preuves de l'emploi de l'arsenic blanc, à l'extérieur, comme escarrotique, antiseptique et détersif.

Toutefois, il appert de quelques passages de la Matière médicale de Geoffroy (Paris, 1741, tome I), que dans l'Inde on se servait fort anciennement d'eau ou de vin qui avait séjourné dans des vases *arsenicaux*, comme médicament interne; et Langius, d'après Murray (Apparat méd., tome III), nous apprend que l'arsenic blanc était employé contre l'asthme dans la Dacie et la Pannonie.

empoisonneurs célèbres des seizième, dix-septième et dix-huitième siècles administraient à leurs victimes en Italie et en France.

Ce poison énergique était cependant employé comme remède par les médecins indiens dans les maladies lépreuses, et un médecin anglais, Fowler, ne craignit pas, à la fin du siècle dernier, de conseiller comme *fébrifuge* la solution d'*arsénite de potasse*, à l'imitation d'un charlatan qui distribuait cette liqueur sous le nom de gouttes fébrifuges privilégiées. Quelques médecins allemands avaient déjà préconisé, dans le même but, la solution d'acide arsénieux (1).

Stoerk blâma l'usage de ce poison minéral avec la même énergie qu'il mettait à populariser les remèdes empruntés aux poisons végétaux, et réussit assez longtemps à repousser les tentatives faites pour introduire dans la thérapeutique l'usage interne de l'acide arsénieux et de ses composés. Toutefois, à l'imitation de Slevogt, professeur à Iéna, qui, dès le commencement du dix-huitième siècle, avait publié ses essais thérapeutiques sur l'arsenic considéré comme *fébrifuge*, Plencitz en Allemagne, Fowler en Angleterre, Fodéré en France, popularisèrent l'emploi de l'acide arsénieux et des sels arsenicaux, dans le traitement des fièvres intermittentes (2).

Forcés de reconnaître par l'exemple de ces médecins célèbres que

(1) Lemery (Cours de chimie, 1675) et Wepfer (Cicut. aquat. histor., 1679), qui tous deux blâmaient l'usage interne de l'arsenic, rapportent cependant qu'il était depuis longtemps connu et employé en France, en Italie et ailleurs, comme *fébrifuge*.

Toutefois, dans le dix-septième et le dix-huitième siècle, la plupart des médecins étaient contraires à cet usage, et, sauf quelques chirurgiens militaires et quelques praticiens civils plus hardis que d'autres, l'arsenic n'entrait guère pour l'administration interne que dans les recettes empiriques des charlatans.

(2) Adrien Slevogt peut être regardé comme le premier auteur recommandable qui, appuyé sur de nombreuses expériences personnelles, ait réhabilité l'usage intérieur de l'arsenic, en 1700 et 1719. Il ne craignait point de porter la dose de l'acide arsénieux (étendu à la vérité dans une grande quantité d'eau et de mucilage), à un demi-grain, un grain et même un grain et demi en un jour, et il affirme n'avoir jamais vu d'effets fâcheux de cette méthode, qu'il regarde comme supérieure à toutes les autres dans le traitement des fièvres intermittentes.

La poudre de *Plencitz* (Prague et Vienne, 1783) était composée d'un mélange où l'arsenic blanc était combiné à la myrrhe, au poivre long, au soufre, etc. Employée comme fébrifuge, sur un grand nombre de sujets, elle ne causa jamais d'accidents, au dire des auteurs (père et fils), bien que dans quelques cas la dose de l'arsenic se fût trouvée portée à la quantité considérable d'un demi-grain par jour.

Plusieurs médecins anglais célèbres, qui, à l'imitation de leur compa-

les préparations arsenicales pouvaient être administrées sans accidents comme fébrifuges, les adversaires de la médication arsenicale se rejetèrent sur la possibilité du développement d'accidents tardifs ; mais le professeur Bréra qui, en Italie, imitait l'exemple des médecins allemands, anglais et français, a soin de faire remarquer que, soigneux de vérifier ce qu'il pouvait y avoir de fondé dans les craintes exprimées sur les effets consécutifs de l'arsenic, il ne manquait pas l'occasion de s'assurer, dans le cours des années qui suivaient le traitement, de la santé des individus qu'il avait guéris de la fièvre au moyen de sa liqueur arsenicale (fort analogue à celle de Fowler). Jamais il n'eut à constater le moindre signe qui pût révéler quelque altération organique que l'on pût attribuer à l'arsenic. Au contraire, tous ceux qu'il avait guéris étaient restés depuis lors sains et bien portants.

Nous avons pu bien des fois, de notre côté, constater le maintien intact de la santé générale chez des sujets traités, à plusieurs reprises, de maladies de la peau par les préparations arsenicales, sans qu'aucun accident sérieux se fût produit, soit pendant le traitement, soit durant les mois et les années écoulées depuis.

Nous reviendrons d'ailleurs, dans le chapitre suivant, sur l'arsenic considéré comme fébrifuge.

Il nous faut maintenant mentionner les essais tentés dans le traitement de diverses autres maladies, telles que les névroses, les névralgies, les affections scrofuleuses et syphilitiques.

Le célèbre Moscati, dans les Mémoires de l'Institut de Bologne, cite un fait qui semblerait indiquer que dans les provinces voisines de l'Italie septentrionale, on avait conservé les traditions des anciens sur l'usage de l'arsenic. Les Illyriens et les Dalmates continuaient d'avoir recours, contre l'asthme et la dyspnée, à l'inspiration des vapeurs de l'arsenic brûlé sur des charbons. Moscati parle même d'un curé sujet à l'asthme, qui se débarrassait de ses accès en respirant la fumée du bois en combustion, n'osant pas recourir à celle de l'arsenic, dont il

triote Fowler, usèrent de ce remède contre les fièvres, à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, s'en trouvèrent bien. Willan, entre autres (1786), et Pearson (1806), en ont fait l'éloge. Willan dit, en propres termes, que la solution arsenicale de Fowler, méthodiquement administrée, lui paraît le remède le plus sûr, le plus efficace et le plus commode qui existe contre les fièvres d'accès.

A plus forte raison, Pearson, dont la liqueur arsenicale est plus étendue que celle de Fowler, regarde-t-il cette solution comme exempte de danger. Aussi n'hésita-t-il point à l'employer chez un prince royal, le duc d'York, qu'il guérit par ce moyen d'une fièvre intermittente qui avait résisté au quinquina.

connaissait pourtant la renommée populaire. Il avait appris, en effet, que les Morlaques et les habitants des montagnes de l'Albanie et de la Dalmatie, lorsqu'ils étaient atteints d'asthme chronique, avaient coutume, pour se guérir, d'aspirer la vapeur qui s'élevait d'un entonnoir placé sur un vase où de l'arsenic blanc projeté sur de la braise brûlait et se vaporisait.

Harles (1), dont la curieuse et intéressante monographie contient un historique complet et détaillé de l'emploi thérapeutique de l'arsenic, a réuni aux observations empruntées à ses prédécesseurs une série de faits relatifs à quelques tentatives plus récentes dans la voie que nous venons d'indiquer.

L'asthme spasmodique et intermittent (dans lequel Harles blâme toutefois la méthode infidèle et dangereuse des fumigations), *l'angine de poitrine* et diverses autres névroses et névralgies ont été, suivant lui, combattues avec quelque succès par les préparations arsenicales.

Harles cite le fait rapporté par Alexander comme un exemple de guérison d'angine de poitrine.

Un homme âgé de cinquante-sept ans, sujet à des attaques violentes de cette affection convulsive, fut guéri par la liqueur de Fowler administrée à la dose de 6 gouttes trois fois par jour. Dès la première administration du remède l'accès fut supprimé, et il ne s'en montra plus ultérieurement que quelques-uns fort légers qui cédèrent à leur tour. Pendant la durée du mal le sujet avait très-bien toléré le remède, mais il fallut y renoncer dès que la santé fut complétement rétablie.

M. le docteur Debout a lu à la Société de médecine les succès qu'il a obtenus de l'usage de l'acide arsénieux étendu de beaucoup d'eau et administré à petite dose dans certaines affections du cœur accompagnées d'ascite et d'anasarque.

M. le docteur Martin Solon a porté au contraire cet acide à la dose de 5 et même 10 centigrammes par jour (en solution suffisamment étendue), et a obtenu aussi dans des cas analogues la diminution de la dyspnée et de l'hydropisie symptomatiques. L'épilepsie, la céphalalgie rebelle ont offert quelques exemples de guérison par la liqueur de Fowler ou l'élixir arsenical d'Hoffmann.

Des deux observations d'épilepsie rapportées par Harles, la première a été transmise par lettres, par Hoffmann; la seconde est propre à l'auteur. Un jeune homme de vingt-deux ans, robuste et bien portant, fut pris d'épilepsie à la suite d'une vive terreur. Le mal durait depuis trois ans et sévissait surtout dans les mois de décembre et de jan-

(1) *De arsenici usu in medicinâ.* Norimb., 1811.

vier, de manière à ce qu'à certains jours il se produisait jusqu'à dix ou douze accès très-violents. Les antispasmodiques diminuèrent la force et la fréquence des accès, sans pouvoir les dissiper. Le mal était revenu à son intensité première, lorsqu'on le combattit de nouveau par les antispasmodiques unis à l'opium et à la liqueur de corne de cerf. Cependant un accès se reproduisait chaque matin, précédé d'une légère horripilation et suivi de céphalalgie et de stupeur. Hoffmann eut alors recours à son élixir *arsenical*, combiné à l'infusion de valériane et de menthe poivrée; en quatre jours les accès disparurent et ne se sont pas reproduits.

Une jeune fille de la campagne, âgée de vingt ans, atteinte aussi d'épilepsie depuis trois ans à la suite d'une grande frayeur, et sujette à des accès qui se reproduisaient, à quelques jours d'intervalle, jusqu'à deux et trois fois en vingt-quatre heures, parut également guérie par la liqueur arsenicale (arsénite de soude) prise à la dose de 12 à 15 gouttes, deux à trois fois par jour. Mais le médicament n'ayant été pris que durant quinze jours, le mal ne tarda pas à reparaître.

La même solution, administrée à peu près de même, contre une céphalalgie ancienne et rebelle qui revenait irrégulièrement et offrait tous les caractères d'une névralgie cérébrale, sur un homme d'environ cinquante ans, obtint un succès merveilleux. Le fait traduit d'un journal américain et inséré dans la Revue médicale, 1828, t. II, p. 281, offre des détails curieux, mais, selon moi, point assez probants pour inspirer une confiance absolue dans l'action spécifique attribuée au remède.

Fowler, lui-même, avait observé sept cas de guérison de névralgie périodique par sa liqueur arsenicale.

Plusieurs exemples de guérison de chorée ou danse de Saint-Guy sont mentionnés dans le Med.-chir. Journal of London, 1820. Fodéré s'est servi avec succès de la solution de Pearson dans quelques cas d'affections catarrhales, de dyspnée et d'asthme humide.

Une seconde observation du docteur Hoffmann est rapportée par Harles, comme exemple de guérison d'une névralgie encéphalique :

Un homme, âgé de quarante ans, souffrait d'une céphalalgie atroce et poussée jusqu'au délire furieux, qui revenait chaque matin de sept heures à une heure de l'après-midi. Beaucoup de remèdes avaient échoué. L'administration de l'*élixir arsenical* dans une infusion de valériane et de calamus aromaticus supprima le mal en une nuit.

Harles (ouvr. cité, p. 255) rapporte encore l'exemple curieux d'un jeune médecin de ses amis, atteint d'une *phthisie laryngée* caractérisée par la douleur et le gonflement du larynx, l'altération de la voix

qui rendait la parole difficile et laborieuse, la toux, une expectoration parfois ensanglantée. Il avait fait beaucoup de remèdes, et malgré l'opposition de Harles qui ne croyait pas le cas favorable, à cause de l'état mélancolique du sujet, de l'état de pléthore abdominale, de la débilité des entrailles..., il eut enfin recours à la liqueur arsenicale qui produisit les meilleurs effets. La douleur cessa, la parole redevint facile... Malheureusement, peu de temps après, à la suite de fatigues, un typhus grave survint et enleva ce jeune homme en huit jours.

Thomas Giddelstone (Lond. med. and phys. Journ., févr. 1806), qui prétendait avoir employé avec succès l'arsenic contre les affections cutanées chroniques et les maladies vermineuses, vante aussi ce remède contre les affections syphilitiques dégénérées qui ont résisté aux mercuriaux.

Au dire du même auteur, Beddoes, qui employait la solution de Fowler le plus souvent jointe à des teintures, à des infusions, à des décoctions aromatiques, amères ou sudorifiques, combattait avec succès la diathèse scrofuleuse et même la phthisie pulmonaire à l'aide de ce remède.

Enfin Desgranges, dans le travail que nous avons cité plus haut, termine, par le résumé suivant, la revue thérapeutique sur l'arsenic, qu'il publia en 1807 :

« De toutes les propriétés médicales attribuées à l'arsenic, celle de guérir les fièvres intermittentes est la plus réelle et la mieux constatée.... N'oublions pas que c'est après quarante ans d'un heureux emploi du fébrifuge minéral en substance, que les docteurs de Plencitz en faisaient l'éloge et en recommandaient fortement l'usage. — Les effets médicaux de l'arsenic sont moins saillants, à mon avis, ou moins prouvés, si l'on veut, dans les affections internes autres que la fièvre, pour lesquelles plusieurs médecins n'ont pourtant pas craint d'y recourir. Et ces maladies sont jusqu'à présent :

1. Les cancers ouverts ou occultes. 2. Les affections graves de la peau, dartres, lèpres, etc. 3. Les ulcères scrofuleux, vénériens ou dégénérés, même avec carie aux os. 4. Les obstructions. 5. La leucophlegmatie. 6. L'hydropisie ascite. 7. Les maladies vermineuses. 8. Les spasmes. 9. L'angine de poitrine. 10. La phthisie strumeuse, mésentérique, tuberculeuse, etc. »

Nous ne pouvons nous dispenser, avant d'aller plus loin, d'ajouter à ce court résumé historique quelques remarques générales sur l'action thérapeutique de l'arsenic.

II. La variété extrême des cas pathologiques où certains observateurs ont cru trouver des exemples de l'efficacité de l'arsenic, est pour nous

un grand motif d'incertitude sur le degré de valeur du remède. Trop souvent, comme nous avons eu occasion de le faire remarquer ailleurs, on s'est plu à attribuer à l'arsenic des effets qui dépendaient de causes diverses ; et, par exemple, dans les cas où la diurèse a été produite par l'administration de l'acide arsénieux très-étendu d'eau, il ne faut pas croire que la dose quotidienne d'eau administrée n'ait pas en elle-même quelque influence sur cette diurèse. Que de choses il y aurait à dire sur les effets curatifs attribués à l'arsenic dans les névroses, les névralgies, les maladies de la peau, les fièvres intermittentes elles-mêmes !... affections dans le cours desquelles il n'est pas toujours facile de préciser la part d'influence des médicaments administrés.

Les effets directs ou primitifs de l'acide arsénieux employé à dose médicamenteuse ne sont qu'un diminutif des effets toxiques que nous avons signalés au commencement de ce travail. Ils dénotent tous un degré d'excitation plus ou moins vive de l'estomac et de l'intestin, bientôt suivie d'efforts d'excrétions alvines et urinaires destinés à débarrasser l'économie du principe nuisible qui y a été introduit. Une seconde période annonce l'action plus profonde et plus reculée de l'arsenic sur les systèmes nerveux et circulatoire, action déprimante qui a été placée en première ligne par les médecins de l'école italienne, si bien que, même dans l'empoisonnement arsenical, c'est surtout à combattre cet affaiblissement secondaire (qui n'est pas alors facile à distinguer de l'épuisement causé par la douleur et par les évacuations) que s'attachent les disciples de Rasori. Tandis que, préoccupés des effets locaux de l'arsenic, les médecins français conseillent les émissions sanguines et le régime antiphlogistique, c'est au régime tonique, au vin, au bouillon que les médecins italiens ont recours.

Dans les nombreuses expériences thérapeutiques que nous avons faites avec l'acide arsénieux, nous avons toujours vu une dose peu élevée déterminer facilement chez les sujets irritables la sécheresse du gosier, du malaise précordial, un état nauséeux, quelques coliques, de la diarrhée (quelquefois l'augmentation de la sécrétion urinaire), enfin le vomissement, si l'on néglige ces premiers accidents.

Une observation remarquable, commentée par M. Chevalier dans le tome XXXVII, 1re partie, des Annales d'hygiène et de médecine légale, prouve que l'empoisonnement par l'acide arsénieux à doses répétées, ou empoisonnement lent, est remarquable en ce que, après les accidents locaux ou digestifs, se développent des accidents généraux analogues à ceux qui forment le cortége de la fièvre maligne, et que dans ce cas les désordres constatés après la mort dans le tube gas-

tro-intestinal peuvent être fort peu considérables, et surtout nullement caractéristiques de l'empoisonnement par un caustique.

Cette action secondaire déprimante de l'acide arsénieux suffit-elle pour expliquer les succès qu'on lui a attribués lorsqu'il est administré comme remède et par conséquent à petites doses répétées, dans les fièvres, les névroses et les névralgies? C'est ce qu'il serait bien difficile d'établir sur des preuves solides.

A plus forte raison serait-il difficile d'expliquer l'action altérante et résolutive attribuée à l'arsenic dans les affections lymphatiques, strumeuses, syphilitiques, dartreuses, etc. Et encore avons-nous supposé les cas où le remède conserve encore quelques qualités vénéneuses que dénotent des effets plus ou moins apparents (1).

Or, dans les cas fort nombreux de maladies cutanées où nous avons administré l'acide arsénieux, très-largement étendu, aucun effet direct n'a été observé qui pût être attribué à l'action du remède (la diurèse elle-même ou au moins une augmentation un peu notable de la sécrétion urinaire est rare en pareil cas), si ce n'est une plus grande liberté du ventre chez la plupart des sujets, en sorte que l'effet thérapeutique seul reste pour indiquer l'action de l'arsenic.

Mais, comme nous avons eu le soin de le faire remarquer, cet effet thérapeutique est presque toujours complexe, et il n'est pas facile de délimiter la part exacte qui doit revenir à l'arsenic. Dans les fièvres, le grand nombre seul des observations publiées nous force à reconnaître

(1) Il a été constaté par les toxicologues modernes et notamment par M. Orfila, que dans les cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux, une portion du poison absorbé passait dans le sang, se retrouvait dans les principaux viscères (en particulier dans le foie), et pendant la vie, soit sur l'homme, soit sur les animaux, était rendue avec les urines. Il était, par conséquent, rationnel de rechercher aussi dans les urines des malades soumis aux médications arsenicales, l'acide arsénieux qui devait avoir passé dans les voies circulatoires, d'autant plus facilement, ce semble, qu'il avait été administré à doses très-fractionnées, et, le plus souvent, étendu dans une grande quantité de liquide. Cependant le petit nombre d'expériences faites jusqu'ici, à cette occasion, n'a pu faire constater la présence de l'arsenic dans l'urine, tandis qu'il a été retrouvé en quantité notable dans les matières fécales chez les sujets soumis à l'usage de liqueurs arsenicales. Tel a été du moins le résultat obtenu par M. Chevalier, qui a analysé les urines et les matières fécales d'un individu traité par l'eau de Vichy, à haute dose, et d'un malade soumis à l'usage de la solution d'acide arsénieux dans l'eau distillée, à doses progressives, de manière à arriver à la dose très-considérable de cinq et même six centigrammes d'arsenic en un jour. Cette facilité de l'arsenic à passer directement par les selles expliquerai d'une manière assez satisfaisante comment on a pu l'administrer plusieurs fois sans danger à une dose médicamenteuse assez élevée.

a propriété fébrifuge du remède, puisque l'on sait que ces fièvres se dissipent quelquefois sous les seules influences des modifications hygiéniques et du temps. Dans les maladies de la peau, ces modifications ont aussi une grande puissance, et quand on y ajoute la longue durée des traitements, les moyens topiques et autres concurremment employés, la rareté des succès obtenus par le seul emploi des préparations arsenicales, la fréquence des récidives observées à la suite de ces sortes de cures, il faut bien rabattre de l'efficacité attribuée par quelques praticiens à ce prétendu spécifique.

Dans le cancer, c'est seulement comme topique caustique que l'on peut admettre l'acide arsénieux, et les effets rapportés à l'administration interne des arsenicaux, en pareil cas, n'ont été constatés par aucun auteur éminent.

Les affections nerveuses, si mobiles, si variables, si sujettes à présenter, même sans l'emploi d'aucun remède actif, des rémissions ou des intermissions, quelquefois même la cessation de tous les accidents, demandent encore une bien plus grande réserve dans le jugement favorable que l'on pourrait être disposé à porter sur les avantages des préparations arsenicales dans cette classe de maladies. Restent les lésions organiques du cœur, des poumons, du système lymphatique extérieur, dont quelques rares observations semblent offrir des exemples de succès de l'arsenic; mais, sauf peut-être quelques cas d'anasarque ou de dyspnée (notamment ceux qui sont liés à certaines lésions organiques du cœur, comme dans les observations de MM. Gabalda, Debout et Martin Solon), les faits recueillis dans les annales de la science, et pour lesquels nous renvoyons surtout à la monographie de Harles, sont encore loin d'offrir cette précision et cette exactitude que l'on exige avec juste raison aujourd'hui pour constituer une preuve de l'action thérapeutique d'un remède quelconque.

Du moins est-il un résultat bien constaté par les expériences des médecins modernes, parmi lesquelles nous ne craignons pas de mentionner celles de M. Boudin et les nôtres, c'est que l'acide arsénieux convenablement étendu d'eau et administré en solution parfaite (or, on sait qu'il est à peine soluble et ne peut être donné par conséquent que dans une grande quantité de véhicule), constitue un médicament dont l'innocuité est complète, pour peu que le médecin en surveille les effets. Il ne sera pas inutile de faire remarquer, à ce propos, que les médecins de la fin du dernier siècle et des premières années de celui-ci, qui employaient surtout l'arsenic comme fébrifuge, administraient de préférence l'arsénite de soude qui est très-soluble, et avaient toujours soin d'étendre la liqueur arsenicale dans des véhicules émollients ou

légèrement aromatiques qui rendaient beaucoup moins dangereuse l'action du remède. Biett, au contraire, imité en cela par quelques-uns de ses élèves, ne craignait pas d'employer, pure ou fort peu étendue, la solution de Pearson et même la liqueur de Fowler, et je n'hésite pas à blâmer cette méthode qui provoque facilement des accidents d'irritation gastro-intestinale. GIBERT.

(*La suite à un prochain numéro.*)

DE QUELQUES REMÈDES CONTRE LE TÉNIA, ET NOTAMMENT DE L'EMPLOI DU KOUSSO.

Les vermifuges donneraient la preuve de l'action spécifique de certains médicaments, si cette propriété n'était suffisamment démontrée. On sait, en effet, que quelques substances jouissent seules de la faculté de combattre utilement les vers développés dans les vois digestives; mais l'expérience a fait voir, en outre, que certains agents ont une action plus particulière sur telle ou telle espèce d'entozoaire : la spécificité est donc ici doublement évidente. La classe des ténifuges est maintenant devenue assez nombreuse pour que l'on doive rechercher la valeur comparative de chacun des médicaments qui la composent. L'étain a joui longtemps d'une certaine réputation, il est abandonné à cause des accidents qu'il occasionnait; l'huile de ricin unie à l'éther, remède de Bourdier, est employée quelquefois avec succès, mais occasionne de la répugnance à beaucoup de personnes, de même que l'huile essentielle de térébenthine, bien autrement difficile encore à administrer. Cependant cette huile, à la dose de 20 à 30 grammes dans une mixture d'eau de menthe et de jaune d'œuf, est souvent suivie d'effets satisfaisants. La fougère mâle, prônée pendant un temps et achetée comme remède secret par le gouvernement, a été mal administrée ; elle est tombée en désuétude et n'est plus guère usitée que dans quelques-unes de ses préparations. Parmi les ténifuges les plus ordinairement employés aujourd'hui, il faut citer la racine de l'écorce de grenadier et le kousso.

L'usage de la racine de grenadier, longtemps vanté par les anciens, d'après le témoignage de Celse et d'autres auteurs, était tombé dans l'oubli, lorsque Gomez de Lisbonne et M. Mérat l'ont remis en honneur, il y a quelques années; 60 grammes de l'écorce de cette racine, surtout fraîche et prise le matin dans trois verres d'une décoction convenablement préparée, et donnés à une ou plusieurs heures d'intervalle, selon les effets, expulsent le plus souvent le ténia. Mais la répugnance qu'éprouvent les malades pour prendre ce médicament à cause de sa saveur très-désagréable a fait recourir ou aux médicaments vantés auparavant, ou à des préparations spéciales de grenadier : la poudre,

les extraits, etc. Ces dernières font bien éviter le goût repoussant que l'on trouvait à la décoction de la racine du grenadier, mais n'empêchent pas le médicament d'exercer sur les voies digestives et sur le cerveau lui-même une action tellement pénible et prolongée, que médecins et malades en ont souvent redouté les conséquences, et ont ensuite hésité à continuer son emploi.

C'est alors que le kousso s'est introduit chez nous dans la thérapeutique; plusieurs praticiens l'ont bientôt mis en usage. Un article du *Bulletin de thérapeutique*, tome XXXII, page 523, démontre la valeur ténifuge des feuilles et des fleurs du kousso ou kwoso. Les faits satisfaisants qui sont à notre connaissance particulière, et celui que nous venons d'observer dans notre service confirment les avantages de ce médicament facile à administrer et rapide dans ses effets. Voici ce fait intéressant sous plusieurs rapports.

Observ. Un petit malade, âgé de onze ans, nommé Edouard, fut présenté à l'Hôtel-Dieu pour être traité du ténia. Placé salle Saint-Lazare, dans mon service, le 17 septembre 1849, j'appris de lui qu'à l'âge de cinq ans on l'avait déjà traité du ténia avec la racine de grenadier. Il ajouta que son père, atteint lui-même de cette maladie, s'était guéri autrefois en employant ce médicament; que quant à lui il n'en avait point éprouvé d'effets satisfaisants; qu'au contraire, la racine de grenadier lui avait occasionné le plus grand malaise, des convulsions violentes, au dire de ses parents, et que l'expulsion de quelques anneaux de ténia avait été tout le résultat de la médication; que plus tard une nouvelle dose d'écorce de racine de grenadier n'avait pas eu plus d'efficacité; enfin qu'atteint à sa huitième année d'une fièvre typhoïde, le malaise occasionné par le ténia continua sans éprouver de modification.

L'enfant présentait au plus la taille de son âge ; ses membres offraient un développement suffisant et point d'amaigrissement ; le visage avait une teinte plombée, mais sans expression de souffrance ; d'ailleurs, langue normale, point de soif, appétit régulier, sans exagération, digestion facile, accompagnée quelquefois de coliques, sans souffrance bien notable, mais de temps en temps suivies de l'expulsion de quelques anneaux de ténia ; pouls normal, point d'accidents nerveux notables. Nous pensâmes que, dans de telles circonstances, il n'y avait nul péril en la demeure ; nous désirâmes attendre l'expulsion d'une portion bien caractérisée de l'entozoaire pour agir. Pendant plus de six semaines l'enfant, jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, rendit ou spontanément, ou sous l'influence de l'huile de ricin ou de la décoction de fougère mâle, des fragments membraneux, longs d'un centimètre, larges de 3 ou 4 mil-

limètres, sans strie transversale, nettement terminés à leurs extrémités, mais qui pouvaient n'être que des pseudo-membranes qui ont si souvent l'apparence du ténia, que nous ne pouvions reconnaître pour cet helminthe et que nous pouvions tout au plus prendre pour un ou deux de ses anneaux isolés.

Enfin, le 25 novembre, on trouva dans les garderobes deux fragments présentant chacun dans le milieu de leur longueur une articulation transversale évidente, et deux autres fragments isolés semblables à ceux que nous avions déjà vus, en tout six anneaux appartenant à un ténia d'une médiocre largeur. Le malade se refusant à prendre de nouveau la racine de grenadier, nous pensâmes à lui prescrire le kousso d'Abyssinie, *brayera anthelmintica*, après avoir tenté, sur l'invitation de M. Soubeiran fils, l'action d'une plante fort commune dans nos environs, que l'on se procure à bas prix et qui, comme le remède exotique, appartient à la nombreuse famille des rosacées, la reine des prés, *spiræa ulmaria*. Prescrit à la dose de 2 grammes, le médicament ne produisit aucun effet; élevé à celle de 8, soit en poudre, soit en infusion, il occasionna des vomissements, beaucoup de malaise, des coliques et une garderobe, mais n'expulsa ni le ténia ni même aucun de ses anneaux. Roseinsteu, cité par Murray, et d'autres médecins recommandables ont surtout obtenu des effets sudorifiques de l'usage de la reine des prés; l'action que nous avons observée sur le canal digestif, bien qu'insuffisante, indique que la famille des rosacées pourrait peut-être donner un succédané tout à fait efficace; on sait que la fleur de pêcher est un purgatif utile dans beaucoup de cas.

Nous prescrivîmes, une semaine après, le 11 décembre, huit grammes de kousso en poudre, infusés dans deux cents grammes d'eau. Le malade prit en cinq doses, à cinq ou dix minutes d'intervalle l'une de l'autre, le mélange, que l'on avait soin d'agiter au moment de l'ingestion; un quart d'heure sépara la cinquième de la quatrième dose, à cause de nausées survenues à la suite de l'administration de cette dernière. Un quart d'heure après avoir pris ce médicament, qui ne lui causa pas de répugnance, le malade ressentit quelques coliques, des borborygmes, et, deux heures plus tard, il rendit dans sa troisième selle trois ténias réunis en une petite masse; une quatrième et dernière garderobe eut lieu peu de temps après, ne contenant aucun fragment d'entozoaire. Dans la journée, le malade mangea et ne ressentit aucune douleur.

Chacun des trois vers rendus, plat et formé d'anneaux bien caractérisés, avait seulement 20 à 22 centimètres de long; leur extrémité la plus large avait de 3 à 4 millimètres au plus, un peu moins que les fragments isolés rendus antérieurement; bientôt le ruban se rétrécissait

et n'avait plus, dans les 7 ou 8 derniers centimètres de sa longueur, qu'un à un demi-millimètre au plus de largeur. Cette extrémité ou le col n'offrait point le petit renflement ou tubercule qui constitue la tête de ces entozoaires.

Etonné du peu de longueur des ténias évacués, bien plus encore que de leur nombre, nous donnâmes, deux jours après, au malade 20 grammes d'huile de ricin et 2 d'éther sulfurique ; il eut des garderobes liquides, mais ne rendit pas de ver. Une nouvelle dose de kousso, donnée quelques jours plus tard, n'eut pas plus de résultat. La semaine suivante ce jeune homme sortit de l'Hôtel-Dieu en parfaite santé, n'offrant plus la teinte plombée du visage, seul signe morbide apparent qu'il présentait à son entrée.

Le nombre de ces ténias, plus rarement multiples chez l'homme que dans la race canine par exemple, leur peu de longueur, le peu de trouble qu'ils occasionnaient dans l'économie, et la facilité avec laquelle ils en ont été chassés à l'aide du kousso, sont autant de circonstances qui nous ont semblé dignes d'être mentionnées dans le *Bulletin de thérapeutique*.

Le kousso, les préparations de fougère mâle bien faites et bien administrées, ou l'huile de ricin unie à l'éther, nous semblent préférables de beaucoup aux préparations de racine de grenadier pour la plupart si désagréables à prendre, et qui occasionnent si souvent des accidents nerveux, fort douloureux et assez souvent rebelles. Si le prix et la rareté du kousso obligent à recourir dans quelques localités à la fougère mâle, il faut avoir soin, quand on emploie la poudre de cette plante, de prendre la racine fraîche, de la faire sécher rapidement pour la pulvériser, d'en élever la dose de 40 à 50 grammes que l'on donne en plusieurs prises dans la matinée, et de purger ensuite le malade avec l'huile de ricin. L'huile éthérée de fougère bien préparée, mêlée, à la dose de 2 grammes, avec quantité suffisante de poudre de fougère ou de mucilage pour faire dix bols, que l'on commence à prendre le matin à une heure d'intervalle l'un de l'autre, est habituellement efficace; elle tue et expulse souvent ensuite le ténia. Il en est de même pour l'extrait de la teinture de bourgeons de la même plante, fort usité à Genève, et dont M. Debout nous a dit avoir obtenu de bons effets. Il le prescrit à la dose de 6 grammes en trois prises, enveloppées de pain azyme et que l'on donne à une heure d'intervalle l'une de l'autre. On est quelquefois obligé après l'administration de l'une ou de l'autre de ces préparations de donner, l'après-midi, 20 à 30 grammes d'huile de ricin pour déterminer l'expulsion de l'entozoaire. Le kousso, sous ce rapport, est plus avantageux que ces dernières prépara-

tions. Espérons que le commerce parviendra à rendre le prix de ce médicament accessible à toutes les positions, afin que les personnes peu aisées ne soient point obligées, pour le prendre, d'entrer dans les hôpitaux dans le seul but de combattre une maladie qu'il est aussi facile que prompt de guérir. MARTIN SOLON.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOUVELLE OBSERVATION POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'URÉTROPLASTIE ;

Par M. RICORD, chirurgien de l'hôpital du Midi.

Nous avons publié dans ce journal, l'année dernière, un travail plein d'intérêt, de M. le docteur Jobert (de Lamballe) sur l'application de l'autoplastie au traitement des fistules vésico-vaginales. Les succès nombreux que l'honorable chirurgien de l'Hôtel-Dieu avait obtenus de cette méthode, ceux qu'il en a obtenus depuis, en font aujourd'hui une des plus précieuses conquêtes de l'art chirurgical, conquête d'autant plus précieuse que l'art était trop souvent impuissant contre une infirmité aussi déplorable. Pour être moins dégoûtantes, moins intolérables peut-être que les fistules vésico-vaginales, les fistules urinaires, et plus spécialement les fistules de la portion pénienne de l'urètre, n'en constituent pas moins une maladie des plus fâcheuses, une infirmité repoussante, de laquelle les malades réclament d'être débarrassés, à quelque prix que ce soit. Mais, d'un autre côté, pour obtenir l'oblitération de ces fistules, on rencontre des difficultés nombreuses de diverse nature, et ces difficultés varient tellement suivant les cas, qu'il est impossible de poser des règles générales pour la méthode opératoire que l'on doit adopter en pareille circonstance. A ce titre, et pour travailler, en tant qu'il est en notre pouvoir, à l'avancement de cette partie de l'art chirurgical, nous croyons utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs un fait intéressant de guérison par l'urétroplastie, dont M. Ricord a communiqué les détails à la Société de chirurgie.

La méthode à laquelle M. Ricord a eu recours se rapporte aux cas déjà signalé par Viguerie, et si habilement imité depuis par M. Ségalas ; c'est-à-dire que M. Ricord a profité d'une fistule déjà existante au périnée, pour vider la vessie et pour empêcher l'urine de souiller les parties sur lesquelles il devait opérer.

Malgré les beaux résultats obtenus par Astley Cooper, par M. Alliot et par M. Jobert (de Lamballe), sur des malades qui n'avaient pas de

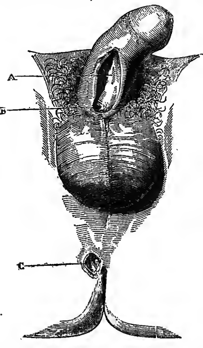
fistule périnéale, ou sur lesquels on n'en avait pas artificiellement établi, on est forcé de convenir que l'urine est un liquide essentiellement irritant, antiplastique et mortifiant ; et ce qui vient encore à l'appui de cette assertion, c'est que toutes les fois qu'un insuccès a été signalé à la suite d'une opération d'urétroplastie, toujours on a mentionné que la réunion avait manqué, parce que les parties opérées avaient été baignées par l'urine. Peut-être cette cause n'est-elle pas la seule ; mais elle est assez importante pour qu'on doive toujours s'en occuper. Or, que propose-t-on généralement pour obvier aux inconvénients que l'urine peut occasionner ? De mettre une sonde à demeure dans l'urètre. Mais les sondes peuvent-elles réellement et efficacement vider la vessie, de manière à empêcher l'urine de s'échapper en s'insinuant entre leurs parois et celles de l'urètre ? Nullement. Quelque précaution que l'on prenne, l'urine finit toujours par s'infiltrer entre les parois de la sonde et celles du canal. Le calibre des sondes, quel qu'il soit, ne peut remédier à cet inconvénient : si les sondes sont trop volumineuses, elles distendent les parties opérées et peuvent nuire à la réunion. Les sondes ont encore un autre inconvénient : par leur présence dans l'urètre, elles agissent comme corps étrangers et produisent une suppuration nuisible à la réunion par première intention. De plus, on est obligé de les remplacer souvent, soit qu'elles se brisent, soit que leurs parois extérieures s'encroûtent par le fait des dépôts salins de l'urine ; alors leur introduction répétée devient fatigante ; elle irrite ou dérange les parties qu'on cherche à maintenir en contact.

Telles sont les raisons qui ont conduit plusieurs chirurgiens à s'abstenir de l'usage des sondes dans les opérations d'urétroplastie, et qui ont engagé en particulier M. Ricord, dans le fait que l'on va lire, à profiter d'une ouverture fistuleuse périnéale pour détourner les urines et en préserver les parties dont il voulait provoquer la réunion.

Obs. G....., âgé de vingt-six ans, tailleur, d'un tempérament lymphatico-sanguin, bonne constitution, est entré le 3 septembre 1847 à l'hôpital du Midi, salle 3, lit n° 14. Sa maladie date de 1840 ; elle a débuté par une blennorrhagie qui fut mal soignée, car G..... continuait à voir des femmes et se livrait à des excès de tout genre. L'écoulement urétral durait depuis deux ans et demi, quand le jet de l'urine commença à diminuer. En 1844, ce malade fut affecté d'une rétention d'urine complète, et il entra dans un hôpital de province, où on lui fit subir un traitement de quarante jours par la dilatation. Il sortit de l'hôpital et continua pendant quelque temps encore l'usage des sondes; mais deux épididymites étant successivement survenues sous leur influence, il fallut renoncer à leur emploi. Le rétrécissement se reproduisit, et une nouvelle rétention d'urine eut lieu dans les premiers jours du mois de mai 1847. G..... voulut alors se sonder lui-même; mais il fit une fausse route : une infiltration d'urine en fut la conséquence, et il vint à l'Hôtel-Dieu de Paris. Là, on lui ouvrit deux abcès :

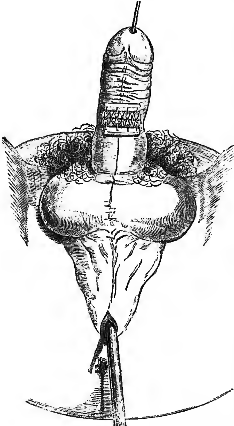
l'un avait pour siége l'angle péno-scrotal, l'autre le périnée. On pratiqua ensuite deux grandes incisions sur le scrotum, pour opérer le dégorgement des tissus infiltrés d'urine : ces deux incisions furent faites l'une à droite et l'autre à gauche du scrotum.

Le malade sortit de l'Hôtel-Dieu, et vint demander un lit à l'hôpital du Midi. Voici l'état dans lequel il se présenta à mon observation : l'infiltration urineuse avait disparu, les incisions du scrotum étaient cicatrisées, mais une perte de substance, qui avait 4 centimètres 1/2 de largeur, existait à la région spongieuse de l'urètre. Le lambeau cutané qui avait été détruit appartenait à la peau de la verge. Une fistule située à droite, en avant de la marge de l'anus, avait succédé à l'abcès du périnée. Pendant la miction, une grande partie de l'urine s'écoulait par l'ouverture située en avant du scrotum, et le reste s'échappait par l'ouverture du périnée. Le 8 septembre 1847, j'introduisis une petite bougie pour dilater le trajet de la fistule périnéale.



Cette première tentative fut infructueuse, et je ne parvins à pénétrer dans la vessie que le 11 septembre, à l'aide d'une bougie n° 7 de la filière millimétrique. Cette bougie, que j'avais laissée à demeure, fut remplacée le 19 septembre par une autre du n° 8. La dilatation avec les bougies fut continuée jusqu'au 12 octobre; puis je les remplaçai par une sonde n° 9. Enfin, après avoir graduellement augmenté le calibre des sondes jusqu'au 22 octobre, je finis par en introduire une du n° 19. L'urine que contenait la vessie s'échappait alors complétement par la sonde, et une assez grande quantité de muco-pus s'écoulait par l'ouverture située à l'angle péno-scrotal. Le malade était dans les conditions que je viens de décrire, quand je pratiquai sur lui l'opération de l'urétroplastie, le 28 octobre : on le soumit à l'influence anesthésique des inhalations éthérées, et on en poussa l'action jusqu'à l'insensibilité complète. Comme le malade avait un phimosis, j'incisai le prépuce à sa partie supérieure, dans le but de faciliter le glissement de la peau de la verge d'avant en arrière. J'avivai ensuite, par l'excision, les bords de l'ouverture péno-scrotale. Je fis subir à la peau qui la circonscrivait un décollement de 1 centimètre 1/2 de largeur, en ayant soin de respecter la paroi supérieure de l'urètre adossée aux corps caverneux, ainsi que le

tissu de cicatrice voisin. Quand l'écoulement du sang fut arrêté par des applications d'eau froide, j'effectuai transversalement la réunion à l'aide de dix points de suture entortillée. Les parties opérées furent recouvertes de compresses imbibées d'eau froide, et on plaça le malade dans son lit, dans une position qui permettait le libre cours de l'urine par la sonde périnéale. La nuit fut bonne; mais le lendemain, un gonflement œdémateux, accompagné de rougeur, était survenu dans le voisinage de la suture. Au centre de la tumeur, on sentait un point de fluctuation : en pressant avec les doigts, je fis sortir un peu de sérosité sanguinolente, puis du sang noirâtre, puis enfin quelques grumeaux purulents. La suture avait été souillée par l'urine, car la sonde du périnée avait été dérangée accidentellement. On continua les applications de compresses imbibées d'eau froide. Le 31, la rougeur et le gonflement ont diminué, mais du pus couleur chocolat et d'une odeur gangréneuse urineuse s'échappe au travers de la suture.



Le 1er novembre, je trouvai les tissus déchirés par les épingles : cette déchirure avait été faite par les tiraillements occasionnés par les érections fréquentes et prolongées qui tourmentaient le malade depuis le jour de l'opération. La réunion avait été manquée, mais l'ouverture accidentelle avait néanmoins pris une disposition meilleure, et je pus maintenir ses bords rapprochés, à l'aide de bandelettes de diachylon gommé. Le 9 novembre, la sonde périnéale fut mieux adaptée; la suppuration, qui jusqu'alors avait été très-abondante, avait presque entièrement cessé, et la plaie avait diminué d'un tiers de son étendue.

La sonde périnéale continuait à bien fonctionner. J'avivai de nouveau par excision les bords de la plaie, et je les réunis par cinq points de su-

ture entortillée et transversalement placés. Le 14 novembre, j'enlevai les sutures : les angles de la plaie étaient agglutinés à droite et à gauche, le centre seul restait béant. Malgré l'emploi du camphre, des érections continuaient à tourmenter le malade.

Après avoir été abandonnée à la suppuration et au bourgeonnement, réprimé de temps en temps par des cautérisations avec le nitrate d'argent, jusqu'au 9 décembre, la plaie n'avait plus alors que la moitié de son étendue primitive. Je pratiquai de nouveau l'excision des bords de la plaie, et je les réunis par deux points de suture longitudinale et empennée. Le lendemain, je constatai un peu de gonflement œdémateux de la peau de la verge et de celle des bourses. De plus, la sonde périnéale ayant été dérangée, et un peu d'urine étant remontée vers la plaie, j'exerçai une compression, à l'aide de compresses graduées, entre le scrotum et la fistule périnéale.

Le 15 décembre, j'enlève de nouveau les points de suture, et j'observe encore une diminution de moitié dans toute l'étendue de la plaie. Le 25 décembre, sans avoir préalablement avivé les bords de la plaie, parce qu'elle présentait des bourgeons charnus de bonne nature, je fis longitudinalement deux points de suture entortillée ; mais, pendant la nuit, de violentes érections déchirèrent les tissus, et la plaie fut après cela plus étendue qu'avant la suture.

Je laissai reposer le malade jusqu'au 1er février 1848, parce que la sonde périnéale avait occasionné un peu d'irritation de la vessie. Le 1er février, l'irritation de la vessie ayant cessé, je voulus de nouveau introduire la sonde par l'ouverture du périnée, mais je la trouvai tellement rétrécie, qu'il me fallut, comme la première fois, recourir à la dilatation graduelle par les bougies.

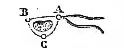
Pendant tout le temps que le malade resta sans sonde, une partie de l'urine s'échappait par l'ouverture péno-scrotale. Quand il me fut possible d'en diriger l'émission à l'aide de la sonde périnéale, j'essayai d'oblitérer l'ouverture persistante, et qui était devenue presque circulaire, en appliquant dessus un lambeau de peau que j'empruntai au côté gauche et supérieur du scrotum. Pour cela, je pratiquai l'avivement du pourtour de l'ouverture en commençant par le bas et de droite à gauche ; puis, en prolongeant l'excision par une incision semi-elliptique sur le scrotum, je disséquai un lambeau qui excédait d'un tiers l'ouverture à oblitérer, et dont le pédicule se continuait avec le côté gauche de la plaie ; puis, par un mouvement de rotation de gauche à droite et horizontalement, j'appliquai ce lambeau sur l'ouverture et je le fixai par six points de suture.

Quant à la perte de substance occasionnée par l'emprunt du lambeau cutané, je la fis disparaître en réunissant les bords qui la circonscrivaient, à l'aide de deux points de suture longitudinale. Le 5 février, les épingles de la suture menaçaient de déchirer la peau, je les enlevai : l'agglutination du lambeau avait réussi dans les trois quarts de sa circonférence. Le 15 février, une épididymite étant survenue, il fallut retirer la sonde périnéale.

Après huit jours de diète, de l'usage de boissons délayantes, et de l'application de quelques cataplasmes émollients, le gonflement de l'épididyme avait cessé. Jusqu'au mois de juin, je me contentai de faire, de temps en temps, quelques applications de teinture de cantharides, mais sans pouvoir obtenir l'oblitération du point fistuleux persistant. De temps en temps,

j'introduisais par le méat urinaire des bougies, qui avaient pour but d'entretenir l'intégrité du canal ; mais cette précaution ayant été négligée plus tard, je trouvai l'urètre oblitéré en arrière du bulbe. Le 10 juillet, après avoir replacé la sonde dans la vessie, en passant par la fistule périnéale, je fis une suture circulaire, à l'aide d'un fil de soie disposé comme les cordons d'une bourse.

Voici la description de ce procédé opératoire : avec une aiguille droite, courte, et armée d'un fil de soie, on traverse perpendiculairement la peau dans toute son épaisseur, puis on fait glisser l'aiguille horizontalement dans le tissu cellulaire sous-cutané, à un demi-centimètre de l'ouverture à oblitérer ; alors, après avoir parcouru le trajet d'un 1/2 centimètre environ, on fait ressortir l'aiguille, et on la fait pénétrer de nouveau par le trou de sortie, en lui faisant encore parcourir un second trajet d'un 1/2 centimètre. Enfin, quand le fil de soie (toujours introduit par le même procédé) a circonscrit le pourtour du point fistuleux, l'opérateur tire à soi les deux bouts de ce fil, afin de faire froncer les tissus. On termine l'opération en attachant les deux bouts du fil de soie sur un bout de sonde, ou sur un petit cylindre de diachylon gommé.



Après avoir fait l'opération que je viens de décrire, sur le malade dont il est ici question, j'enlevai le fil de soie cinq jours après, en coupant le nœud et en tirant sur l'un des chefs. Je trouvai le point fistuleux plus étroit, mais les érections qui tourmentaient toujours le malade, surtout pendant la nuit, avaient empêché la cicatrisation complète par les tiraillements qu'elles occasionnaient. J'essayai d'oblitérer l'ouverture capillaire qui restait, en faisant des cautérisations avec le nitrate d'argent; mais je ne pus réussir.

Le 25 septembre, je pratiquai de nouveau la suture circulaire, à l'aide du procédé que j'ai décrit. Cette fois, pour empêcher les tiraillements exercés par les érections, je fis remonter le scrotum et je le maintins fixé contre la verge avec des bandelettes agglutinatives ; puis on appliqua sur les parties opérées une vessie remplie de glace pilée. J'enlevai le fil de soie cinq jours après cette nouvelle opération, et je trouvai qu'enfin l'oblitération du point fistuleux était obtenue. La cicatrice ne présentait aucune difformité, et il ne restait aucune trace de tout ce qui avait existé.

Quant à la fistule du périnée, elle était persistante ; il me fallut donc songer à la fermer à son tour, afin de rétablir l'intégrité du trajet de l'urètre. Mais comme ce canal, ainsi que je l'ai mentionné déjà, était oblitéré, je fus obligé de diviser avec le coarctotome l'espèce de cloison accidentellement formée par le retrait du tissu inodulaire qui avait occasionné le rétrécissement, et qui avait été la source première de tous les accidents.

Ce fut au mois de novembre que je fis cette opération, et voici le procédé opératoire auquel j'eus recours : j'introduisis par la fistule périnéale une sonde cannelée que je fis pénétrer jusque dans la vessie ; puis,

par le méat urinaire, j'introduisis mon coarctotome courbe jusqu'à la rencontre de la sonde cannelée, un peu en avant du rétrécissement. Alors, en faisant saillir la lame du coarctotome, j'incisai le point rétréci, et me guidai sur la cannelure de la sonde pour faire arriver l'urétrotome dans la vessie. La lame étant ensuite rentrée dans sa gaîne, je la retirai, et je laissai l'urétrotome à demeure pendant deux jours : il fit l'office de sonde. Les jours suivants, je remplaçai l'urétrotome par des sondes en gomme élastique dont le calibre fut graduellement augmenté : au bout d'un mois, j'étais arrivé au n° 20 de la filière millimétrique. A partir de cet instant, l'ouverture du périnée se rétrécissait avec une grande rapidité. Pour en faciliter et déterminer enfin l'oblitération, je fis des cautérisations avec un stylet trempé dans du nitrate acide liquide de mercure. L'urine et le sperme ont repris leur cours naturel.

Une circonstance, qu'il n'est pas sans importance de rappeler, c'es que le malade dont on vient de lire l'observation, présenté par M. Ricord à la Société de chirurgie, n'offrait plus à peine trace de son affection ancienne, tant la guérison a été parfaite. A la place de l'énorme perte de substance du canal de l'urètre, il y avait une cicatrice blanche, souple, circulaire. La fistule périnéale elle-même était parfaitement guérie. On peut donc établir en principe que le chirurgien doit profiter des voies accidentelles qui peuvent servir à détourner l'urine des parties qu'il veut réunir ou oblitérer ; mais si cette voie accidentelle, si l'ouverture périnéale fait défaut, peut-il être autorisé à la produire artificiellement, à faire précéder l'urétroplastie de l'opération de la boutonnière ? Telle est la question que nous aurons à examiner dans un prochain article, à propos d'une intéressante observation communiquée par M. Ricord à l'Académie de médecine.

CHIMIE ET PHARMACIE.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR LE SIROP DE BOURGEONS DE SAPIN.

Dans l'état actuel de la science, on ne dit plus, comme autrefois, *in odore virtus plantarum*, car chaque jour nous en extrayons des principes actifs fixes.

Parmi les végétaux qui peuvent être regardés comme contenant des principes fixes et votatils, on doit admettre les bourgeons de sapin, qui actuellement jouissent en médecine d'une grande réputation d'excitant, béchique, antiscorbutique et diurétique; aussi nous pensons qu'il est convenable d'adopter, pour la confection du sirop de ce nom, le modus faciendi du sirop antiscorbutique, surtout lorsqu'on en aura une grande quantité à préparer.

Notre intention, en donnant cette note, n'est pas de désapprouver la

formule de M. Sauvé, que M. Dorvault a publiée dans son Officine ; notre désir, au contraire, est de nous unir à notre confrère, pour offrir à la thérapeutique un médicament que nous croyons plus complet. Nous reproduisons la formule de M. Sauvé,

Bourgeons de sapin	60 grammes.
Eau bouillante.....................	250 grammes.
Sirop simple.......................	1000 grammes.
Alcool	15 grammes.

Faites infuser les bourgeons dans l'eau, passez, ajoutez l'alcool et mêlez au sirop réduit.

Nous avons adopté les proportions de notre confrère, mais nous opérons par infusion et distillation.

Bourgeons de sapin.................	180 grammes.
Eau bouillante.....................	750 grammes.
Sirop simple.......................	3000 grammes.
Alcool.............................	45 grammes.

On procède comme ci-dessus, puis on traite le résidu de la plante par distillation, en y ajoutant un volume et demi d'eau, pour ne retirer que 350 grammes d'hydrolat, auquel on ajoute 650 grammes de sucre très-blanc.

Ce mélange, chauffé dans un bain-marie, bien clos, fournit un sirop très-aromatique, que l'on mêle au sirop par infusion.

Le sirop de bourgeons fait par ce procédé est clair et limpide, son odeur est forte ; sa saveur aromatique rappelle celle du bourgeon de sapin ; cuit à 31 degrés, il se conserve longtemps sans altération.

SUR LA POMMADE ROSAT.

Les Pharmacopées prescrivent de colorer le cérat et l'onguent rosat avec l'orcanète que l'on fait infuser dans le corps gras. On peut obtenir le même résultat en se servant de l'extrait alcoolique de cette plante : on y trouve économie de temps et de substance. Nous avons dit (*Bulletin de thérapeutique*, volume XXXIII, p. 459) que l'orcanète fournissait un principe colorant plus beau, lorsqu'on débarrasse cette racine du tannin et de la matière extractive brune qu'elle contient. Aussi nous reconnaissons utile de traiter l'orcanète par l'eau, avant d'en faire un extrait.

L'extrait d'orcanète s'obtient comme ceux d'ipécacuanha, de jalap ; le carminoïde, ou principe colorant de l'orcanète, que l'on pourrait aussi bien nommer anchusoïde, puisqu'il est le principe actif, est soluble dans l'alcool, l'éther, les acides, les huiles volatiles, fixes, et les corps gras.

DES ODEURS ÉTRANGÈRES AUX MÉDICAMENTS ET DE LA POSSIBILITÉ DE LES UTILISER.

Il arrive quelquefois que les médecins se plaignent aux pharmaciens qu'ils délivrent à leurs malades des préparations ayant une odeur étrangère à leurs prescriptions, ce qui leur fait croire à une erreur, et cependant il n'en est rien; car cette odeur n'est souvent qu'accidentelle; voici comment : les substances végétales en poudre sont d'autant plus hygrométriques qu'elles ont une intégrité ou division plus parfaite; dans cet état elles jouissent d'une propriété absorbante telle qu'elles contractent promptement et facilement l'odeur des corps près desquels elles se trouvent. Ainsi, que l'on place dans un magasin ou dans un emballage de droguerie du sucre, de la gomme arabique, de la gomme adragante, de l'amidon, de la magnésie carbonatée ou sulfatée, et mille autres substances près les fèves tonka, les cantharides, le musc, l'essence de roses, le poivre ou la valériane, il n'y aura aucun doute que quelques-uns de ces médicaments se parfumeront au point d'être sensibles et même désagréables aux personnes à qui on les administrera. Le médecin, dans ce cas, doit faire une part des circonstances indépendantes du pharmacien, et ce dernier doit, autant que possible, éviter de mettre en contact des substances qui peuvent réagir d'une manière nuisible les unes sur les autres.

DE LA MAGNÉSIE PARFUMÉE.

Tous les médecins connaissent l'insipidité terreuse de la magnésie ; ils savent aussi avec quel dégoût les malades se décident à l'avaler, surtout lorsqu'elle doit être délayée dans l'eau ; et, cependant, il est un moyen bien simple de la leur rendre agréable : il suffit de la parfumer avec la vanille, l'orange, le citron, ou tout autre parfum au goût de la personne. M. le docteur Jacquart a pu, dans un cas urgent, tromper son malade et lui administrer de hautes doses de cette préparation, et lui faire trouver bon ce qui, auparavant, lui inspirait une invincible répulsion. Il est donc facile aux pharmaciens d'avoir toujours dans leur officine des flacons de magnésie carbonatée et décarbonatée, aromatisée avec les parfums les plus souvent usités. STAN. MARTIN, pharmacien.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVEAUX FAITS TOUCHANT L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU TARTRE STIBIÉ A DOSES TRÈS-RÉFRACTÉES, DANS QUELQUES AFFECTIONS THORACIQUES.

J'ai déjà publié dans le *Bulletin de thérapeutique* (tome XXXI, p. 281), un article sur les effets remarquables du tartre stibié dans la

fièvre hectique des phthisiques. J'étais alors si surpris de voir cette fièvre céder à l'émétique à doses très-faibles, que je croyais son application presque exclusive à ce degré de la maladie. Depuis cette époque, j'ai eu occasion de l'employer aux diverses périodes de la tuberculisation pulmonaire, ainsi que dans un cas d'anévrysme compliquant la phthisie, et dans plusieurs cas d'asthme, les uns concomitants avec le catarrhe occasionnel, les autres étant des asthmes nerveux. Le résumé suivant, bien que succinct, de quelques observations, nous permettra quelques conclusions pratiques.

Obs. I. Une fille de vingt-trois ans, paysanne de la commune de Joué-les-Tours, vient à ma consultation le 15 juin 1846. Elle n'avait fait que quelques pas à pied, pour arriver jusqu'à ma demeure; sa mère l'avait soutenue dans ce court trajet; cependant l'anhélation de la malade était telle qu'elle fut environ dix minutes sans pouvoir proférer une parole. Examen fait, je constate une caverne du poumon droit avec des tubercules en ramollissement à gauche; fièvre hectique de deux accès en vingt-quatre heures. Mon pronostic fut des plus fâcheux. Cette fille faisait remonter sa maladie à deux ans de là, époque à laquelle elle avait été atteinte d'une pleurésie qui n'avait cédé que lentement aux évacuations sanguines, et de laquelle elle avait conservé la toux. J'essayai du vin de cascarille comme tonique; je la revis le 23 juin; continuation du vin de cascarille.

Le 2 juillet on me l'amena de nouveau. Je remarquai que cette fille, indépendamment de la maladie, avait une de ces constitutions des plus grêles, et fort impressionnable; elle me disait mal supporter le médicament. Je savais, du reste, que si les toniques conviennent à quelques constitutions phthisiques, ils ne sont pas applicables à ces constitutions nerveuses. Je prescrivis une solution de 5 centigrammes de tartre stibié dans 90 grammes d'eau, et recommandai à la malade d'ajouter chaque jour une cuillerée à bouche de cette solution à un litre d'eau ou de vin, qu'elle devait prendre dans les vingt-quatre heures, notamment aux repas. Je la revis le 17 juillet, l'amélioration était des plus sensibles. Le 6 août, elle revint une dernière fois me dire qu'elle était guérie, qu'elle ne toussait plus, qu'elle n'avait plus de fièvre, qu'il ne lui manquait que la force. A l'auscultation, je trouvai en effet la caverne vide. J'avais tout lieu d'être surpris. Sans partager l'enthousiasme de la malade, je l'engageai à continuer longtemps le traitement; mais elle n'en fit rien, tant elle avait confiance dans son apparente guérison. J'appris plus tard qu'elle avait succombé vers la fin d'octobre.

Obs. II. Dans les premiers jours de mai 1848, un enfant de Tours, âgé de onze ans, me fut amené par sa mère, qui me pria de l'ausculter

avec soin, parce qu'elle craignait qu'il ne fût phthisique; elle ajouta que dans le cas où je le déclarerais tel, elle cesserait de lui acheter des médicaments. Dans les premières années de son enfance, ce jeune garçon avait habité avec son père et sa mère une maison humide et malsaine. L'insalubrité de cette demeure avait occasionné aux parents une toux qu'ils conservaient depuis lors; la mère avait de plus une gastrorrhée qui se reproduisait chaque année; environ deux mois consécutifs; elle rendait le matin des glaires abondantes.

L'enfant sujet de cette observation est très-délicat, s'enrhume souvent, au moindre refroidissement. Cette dernière circonstance l'expose en outre à de petits accès de fièvre passagers. A la percussion je constate de la matité sous-claviculaire gauche. L'auscultation fournit de ce côté une respiration vésiculaire faible, avec quelques craquements. Pour me faire bien comprendre, je dirai que cette respiration est rocailleuse, c'est-à-dire que l'air soulève avec peine comme des petits graviers. A droite elle est puérile, assez moelleuse.

Je prescris à prendre par jour trois des pilules suivantes:

Pr. Tartre stibié.............. 5 centigrammes.
Extrait de réglisse........ 6 grammes.

F. S. A. 25 pilules.

Au bout de trois jours la toux avait diminué sensiblement; à la fin des pilules, elle avait complétement cessé.

Pendant un an il y eut plusieurs récidives, toujours suivies du même traitement comme du même résultat. Chaque fois les accès de toux s'éloignaient.

Au mois de janvier 1849, je fus appelé près de cet enfant, pour des engorgements glanduleux; une bronchite aiguë existait en même temps. Examen minutieux fait, je ne pus constater que les symptômes de celle-c. (Prescription pour la bronchite, tisane pectorale, et les 25 pilules comme précédemment.)

Au mois de mai 1849, la mère me dit que son enfant ne toussait plus; que du reste, si la toux revenait, elle aurait, comme par le passé, recours aux pilules de tartre stibié. Aujourd'hui, janvier 1850, il n'a pas contracté de rhume de l'hiver, et il a été surpris dernièrement de ce que je lui demandais s'il toussait encore. Je me porte très-bien, m'a-t-il répondu, d'un air décidé.

Obs. III. Une demoiselle de vingt-un ans, habitant une petite ville des environs de Tours, éprouve depuis cinq ans des palpitations de cœur; depuis deux ans seulement elle tousse; sa toux, qui d'abord était sèche, est maintenant suivie d'une abondante expectoration. Je la vis, pour la première fois, en mars 1849. A l'examen, je constate des

pulsations intermittentes : après la sixième, la septième manque complétement, uniformément. Il n'existe, du reste, aucun bruit particulier au cœur ; il paraît toutefois hypertrophié, et s'entend aussi bien à droite qu'à gauche. De ce dernier côté, on distingue un bruit respiratoire affaibli et de la bronchophonie bien marquée. Je diagnostique des tubercules en commencement de ramollissement. En conséquence, je prescris, par jour, trois pilules, de 1/25 de grain de tartre stibié chacune. Au bout de quatre mois, on me fait appeler ; et cette demoiselle me raconte que chaque fois qu'elle a cessé les pilules, sa toux a reparu le lendemain ; qu'au contraire, dès qu'elle en reprend l'usage, les palpitations et la toux ont disparu de nouveau. Au moment où je la voyais, elle avait abandonné de nouveau les pilules, pensant qu'elles étaient la cause d'un tiraillement dans la région sous-claviculaire gauche ; je l'engage néanmoins à les continuer, à la dose de deux par jour. Je la revis plusieurs autres fois ; elle accuse les mêmes avantages et les mêmes inconvénients des pilules. Elle se plaint, en outre, d'anorexie. Prescription : les deux pilules ; et aux repas, une solution de bi-carbonate de soude (cette dernière n'était que momentanée). Enfin, le 15 janvier 1850, elle revient à ma consultation. Elle a cessé tout traitement depuis dix jours. A l'examen, je trouve que la septième pulsation, bien que plus faible que les autres, existe néanmoins. La toux a reparu depuis huit jours ; la maladie a marché ; on reconnaît tous les signes d'une excavation ; son plus clair à la percussion à gauche ; respiration, râle caverneux et parfois pectoriloquie. Je prescris l'huile de foie de morue pure et continuation de deux pilules. Nous devons attendre pour pronostiquer dans ce cas.

Obs. IV. La femme Joé, portière à Tours, est atteinte d'un catarrhe sec habituel. Plus de vingt fois, depuis quatre ans, j'ai été appelé près d'elle pour des bronchites intercurrentes qui compliquaient son catarrhe et venaient, en quelque sorte, s'enter sur lui. Quelquefois il n'existe pas de bronchite aiguë ; c'est seulement une oppression très-grande qui l'oblige à rester assise dans son lit ; l'expectoration est difficile ; ce qu'il en existe est perlé. Cette femme est alors sous l'impression d'un accès d'asthme. Eh bien ! dans ces diverses circonstances, je prescris de trois à six pilules, pour vingt-quatre heures, suivant la gravité des symptômes, et j'ai la satisfaction de voir cette oppression anxieuse disparaître dès le troisième jour.

Obs. V. Un négociant de Tours m'a consulté pour des accès d'asthme nerveux, auxquels il est très-sujet. Plusieurs fois sa maladie a duré des mois entiers, malgré l'emploi des narcotiques usités en pareille circonstance. Ces accès sont tels qu'il ne peut rester au lit ; et, quelle que soit la

saison, il passe la nuit dans un fauteuil. Deux fois, il a fait usage des pilules, à la dose de quatre dans la soirée, à une heure de distance chaque ; et à ces deux fois, l'accès de la nuit correspondante a complétement manqué.

Je reproduis la formule :

Pr.	Tartre stibié.	5 centigrammes.
	Extrait de réglisse.	6 grammes.
	F. S. A.	25 pilules.

Conclusions. 1° Le tartre stibié n'offre aucun danger lorsqu'il est pris à doses-très réfractées, et même que son emploi est continué ; 2° il calme la toux, et le besoin de respirer dans plusieurs affections thoraciques, telles que la phthisie et les diverses espèces d'asthmes ; 3° son action sédative s'étend au cœur, dont il calme les pulsations et régularise le rhythme.

Relativement à ce dernier cas, j'engage beaucoup mes confrères à tenter de nouvelles expériences. On prévoit que les anévrysmes du cœur paraissent être amendés par le moyen qu j'ai employé moi-même avec quelque succès.

Si un article de journal me le permettait, je multiplicrais ces citations. Je terminerai en avançant que j'ai retiré du tartre stibié à hautes doses réfractées tous les avantages que l'on peut trouver dans le sirop d'acétate de morphine, sans avoir à en signaler les inconvénients.

E. Bernardeau, D.-M. P.,
à Tours (Indre-et-Loire).

NOUVEAU FAIT DE RÉDUCTION D'UNE LUXATION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE, PAR LE PROCÉDÉ DE M. NELATON.

C'est en multipliant les faits que l'on démontre les avantages ou les inconvénients d'un procédé nouveau ; aussi je crois de mon devoir de vous faire connaître le fait suivant, qui démontre de nouveau tous les avantages du procédé dont M. Nelaton a doté la pratique chirurgicale.

Le 16 mars dernier, on vint me faire relever à trois heures du matin, pour réduire une luxation de la mâchoire inférieure. C'était sur une femme de quarante ans environ, chez laquelle cette lésion s'était produite pendant un bâillement très-violent. Je ne décrirai point les symptômes de cette lésion. Seulement l'aspect de cette femme me rappela la gravure intercalée dans le mémoire de l'habile chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Je voulus d'abord tenter la réduction par le procédé ancien, mais je rencontrai une difficulté telle que j'y renonçai pour recourir au procédé de M. Nelaton. Je fis appuyer la tête de la malade sur la poi-

trine d'un aide, puis j'introduisis mes pouces sur le sommet des apophyses coronoïdes. Je fis ensuite ouvrir la bouche de la malade et j'exerçai immédiatement une pression sur les apophyses coronoïdes. La réduction fut on ne peut plus facile.

Maintenant, n'existe-t-il jamais dans la configuration de l'apophyse coronoïde des conditions de développement qui rendent la réduction de cette espèce de luxation plus facile à opérer par le procédé hippocratique. C'est à l'expérimentation à prononcer sur ce point; mais je suis certain qu'avec les deux procédés, on n'éprouvera plus de difficulté dans la réduction des luxations de la mâchoire.

C. Gibon, D.-M.
à Cherbourg.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses, par H. Lebert, docteur en médecine et en chirurgie, lauréat de l'Institut de France et de l'Académie nationale de Paris, secrétaire de la Société de biologie, etc.; ouvrage couronné par l'Académie nationale de médecine.

Pendant longtemps les scrofules et l'affection tuberculeuse ont été considérées comme ne formant qu'une seule et même maladie. La raison de cette croyance, c'est que, dans un certain nombre de cas, les lésions qui constituent chacune de ces affections marchent réunies, et concourent simultanément à entraîner le terme fatal. M. Lebert s'est efforcé, dans le livre que nous allons analyser, de ramener les esprits à une doctrine plus vraie sur ce point important de pathologie. Pour atteindre ce but, il commence par établir d'abord, avec presque tous les auteurs contemporains, que l'affection tuberculeuse est une affection parfaitement définie, et dont le caractère pathognomonique consiste dans la formation d'un produit accidentel, connu sous le nom de tubercule. Broussais, voulant ramener toutes les lésions à un point de départ identique, n'avait point hésité à rattacher ce produit de sécrétion pathologique à un travail phlegmasique, survenant dans des conditions de vie particulières; M. Guersant lui-même, dans ces derniers temps, tendait à n'y voir qu'une sorte spéciale de pus : M. Lebert se rallie complétement sur ce point à l'école moderne, et voit dans le tubercule une formation d'une nature toute spéciale, et qui n'a avec l'inflammation qu'un rapport de pure contingence. Un grand nombre d'auteurs, professant cette doctrine, se sont efforcés, à diverses époques, d'assigner au tubercule des caractères fixes, et qui permissent de

le reconnaître partout où il vient à se développer sous l'influence de la maladie. Mais ces diverses tentatives avaient à peu près complétement échoué. M. Lebert a été plus heureux; à force d'études, de recherches et d'analyse, il est parvenu à résoudre cette question si longtemps et si vainement agitée. Nous ne reproduirons pas les caractères du produit tuberculeux, tels que l'auteur est parvenu à les saisir, par la triple observation physique, chimique et microscopique; nous remarquerons seulement que, grâce aux laborieuses recherches de l'habile observateur, on peut considérer cette question comme à peu près complétement résolue. Malheureusement cette solution, considérée au point de vue pratique, n'est point à la portée de tous : dans un bon nombre de cas les caractères physiques sont altérés, les caractères chimiques laissent toujours un peu de doute dans l'esprit, et il faut recourir au microscope, dont nous sommes encore bien loin de voir l'usage devenir universel, pour arriver à la certitude. Quoi qu'il en soit de cette insuffisance de la démonstration, elle nous a paru complète, au point de vue de la science pure; et c'est là un important résultat, car il coupe court immédiatement à une foule de questions qui ouvraient la porte à l'erreur, et frappaient de stérilité les efforts d'un certain nombre d'observateurs.

C'est ainsi, pour ne point sortir du cadre dans lequel M. Lebert lui-même s'est renfermé, que la solution de cette question entraîne celle de la non-identité des scrofules et de l'affection tuberculeuse. En effet, dans la plupart des maladies scrofuleuses proprement dites, c'est en vain qu'on chercherait le produit spécifique qui caractérise cette dernière affection, on ne l'y rencontrerait pas. Cette distinction des deux maladies, entre lesquelles une foule d'auteurs ont cherché à établir une équation qui n'existe pas, est la question capitale que M. Lebert s'est posée dans son livre. Pour prouver cette non-identité des deux maladies, il suffirait, sans doute, de démontrer qu'on trouve constamment, dans l'une, un produit spécifique, qui manque le plus souvent dans l'autre, où il ne se rencontre, par conséquent, que comme l'expression d'une complication; mais l'auteur ne s'est point contenté de cette démonstration; il s'est adressé, pour la compléter, à la vie pathologique elle-même. Nous ne saurions donner trop d'éloges à cette partie du travail de M. Lebert; il est d'autant plus méritoire de sa part, qu'il appartient à une école où les fonctions morbides ne sont guère considérées que comme un simple moyen de diagnostiquer les altérations matérielles, et auquel on demande à peine quelques notions pour se guider dans l'emploi de la thérapeutique. Ce tableau de la symptomatologie variée de l'affection scrofuleuse est parfaitement tracé;

il est, sans aucun doute, le plus complet de ceux que nous connaissions.

Voici d'abord ce que l'auteur entend par maladie scrofuleuse : les scrofules sont une maladie de l'enfance et de la jeunesse, caractérisée par une série de localisations, qui affectent le plus souvent des formes diverses de phlegmasies chroniques à tendance essentiellement ulcéreuse ou pyogénique, et plus rarement la forme de l'hypertrophie, soit primitive, soit consécutive à un travail inflammatoire... Toutes ces localisations n'impliquent aucun tissu spécial, ni des lésions anatomiques exclusivement propres aux scrofules, ce qui s'oppose à leur identification avec les tubercules. Semblables, dans cette absence d'un tissu propre et d'une matière spéciale reconnaissable par les sens, aux affections syphilitiques, les scrofules en diffèrent cependant, d'une manière notable, par leur ensemble pathologique. La tendance à la généralisation et à la succession des lésions ne permet pas non plus de les placer parmi les phlegmasies chroniques simples. « Il faut donc admettre pour ces affections, conclut M. Lebert, une disposition spéciale de l'organisation, à laquelle on peut conserver le nom de scrofuleuse, tout en convenant de suite ici que nous ignorons la nature interne des scrofules, comme du reste celle de la plupart des diathèses morbides. »

On le voit, d'après cette définition, à laquelle nous ne voyons rien à reprendre, la matière scrofuleuse propre, sur laquelle plusieurs auteurs avaient édifié toute une théorie, est un pur être de raison : rien, en effet, n'en démontre l'existence, non pas seulement dans les tissus malades, mais même dans le sang, autant que nos moyens actuels d'investigation nous permettent de constater la présence des hétérogènes dans ce liquide. L'erreur de ceux qui ont admis cette matière spécifique provient en partie de ce qu'ils ont confondu dans leurs recherches les scrofules et l'affection tuberculeuse. L'observation démontre, ainsi que nous l'avons dit déjà, que, dans un certain nombre de cas, ces deux maladies coexistent chez un même sujet. Mais il n'y a là qu'une pure coïncidence, et dans une foule de cas, les deux maladies se présentent dans un état de complète indépendance.

M. Lebert fait à ce propos une remarque, que son importance pratique nous engage à consigner ici. Cette remarque est celle-ci : un grand nombre de médecins regardent le développement anormal des ganglions lympathiques, surtout des ganglions cervicaux, comme le premier degré de l'affection scrofuleuse. Or, d'un autre côté, l'observation a démontré que ce développement anormal, dans les conditions que nous supposons ici, est dû, chez certains sujets, au dépôt, au sein de ces tissus, de la matière tuberculeuse. Ce sont là deux as-

sertions contradictoires. Où donc est l'erreur ? Elle n'est pas dans l'observation, car celle-ci est d'une authenticité inattaquable ; elle est toute dans l'appréciation qui a été faite de la nature de la lésion. Quand le développement des ganglions cervicaux est autre chose qu'une simple hypertrophie, une simple induration chronique, il est de nature tuberculeuse, et ne saurait être considéré comme l'expression de la diathèse strumeuse. Ajoutons immédiatement que cette lésion n'indique pas non plus nécessairement la phthisie; car cette localisation tuberculeuse particulière fait exception à la loi posée par M. Louis, savoir : qu'à une certaine époque de la vie, quand des tubercules existent dans un point de l'économie, il en existe, en même temps, au sein du parenchyme pulmonaire.

Telles sont les principales solutions que nous avons trouvées dans les premiers chapitres de l'ouvrage remarquable de M. Lebert, et que nous n'avons pas craint de rappeler ici, tant leur importance pratique a fortement frappé notre attention. Cette discussion épuisée, l'auteur aborde la question non moins intéressante de l'étiologie des tubercules et des scrofules. Qu'on nous permette de citer ici tout d'abord un court passage de l'auteur, qui montrera mieux que nous ne saurions le faire l'esprit philosophique par lequel il se laissera guider dans ce nouveau travail, et qui permettra de pressentir à l'avance la solution à laquelle il aboutira dans la discussion de cette question capitale.

« Si, comparativement aux autres sciences naturelles, les sciences médicales sont en général très-arriérées pour tout ce qui a rapport à la méthode, c'est à l'étiologie bien plus encore qu'aux autres branches de la pathologie que ce juste reproche doit être adressé. Le peu de sévérité que les médecins mettent trop souvent à étudier les questions importantes qui se rapportent aux causes des maladies, devient la source naturelle des plus graves erreurs dans les doctrines pathologiques, et des plus étranges hypothèses dans leur thérapeutique. Aussi nous sommes-nous souvent demandé si, dans l'état actuel de la science, il existait réellement une étiologie ; car si nous faisons abstraction des causes les plus palpables, telles qu'un coït infectant, dans la production de la syphilis, la présence d'un parasite végétal dans la teigne, celle du sarcopte dans la gale, il nous reste, en fait de causes des maladies, bien peu d'éléments d'une certitude irrécusable. »

On voit de suite à quelle école appartient, en fait de méthodes, M. Lebert. C'est à celle de M. Louis, à cette école qui n'accorde à l'intelligence humaine d'autre faculté que celle d'additionner les faits. Nous ne craindrons pas de le dire hautement, cette méthode, quand elle sort des limites dans lesquelles elle est applicable, et a toujours été appli-

quée à la pathologie, est une méthode essentiellement inféconde. Si cette démonstration était encore à faire, on la trouverait rigoureuse, triomphante, invincible, dans cette partie même de l'ouvrage de M. Lebert. En effet, l'auteur examine et discute tour à tour l'influence du tempérament, de la constitution, de l'hérédité, de l'habitation, de l'air vicié, de la mauvaise nourriture, des professions, des maladies de l'appareil thoracique, etc., sur le développement des maladies scrofuleuses ou tuberculeuses; et il arrive tout simplement à conclure que le rôle qu'on a fait jouer à ces influences diverses, dans la production de ces maladies, est un rôle purement imaginaire, que les causes nous en sont complétement inconnues, et que toute leur étiologie se borne à la connaissance partielle, et bien imparfaite, de quelques-unes des circonstances au milieu desquelles on observe les scrofules et les tubercules.

Nous ne placerons certainement pas dans la même ligne les influences causatrices que nous venons d'indiquer, en tant qu'il s'agit de saisir les causes des maladies dont nous nous occupons; mais il en est parmi elles quelques-unes que nous n'hésitons pas à considérer comme des causes aussi réelles de la phthisie et des maladies strumeuses, que l'*acarus* est la cause de la gale, le vaccin la cause de la vaccine, un coït infectant la cause de la vérole; ces causes puissantes sont l'hérédité, la misère, avec toutes les privations et les excès qu'elle entraîne, un ensemble inné de conditions organiques plus facile à saisir qu'à dessiner; et nous maintiendrons la réalité de ces influences en dépit de tous les résultats statistiques. En vérité, nous ne comprenons pas qu'un homme, d'un esprit aussi élevé que M. Lebert, s'immobilise dans une ornière comme celle-là. Depuis qu'on a dit que, pour faire de la science, il suffisait de compter, n'avons-nous pas vu pleuvoir les résultats statistiques dans toutes les sciences, et dans la médecine en particulier? Or, quelles vérités est-on parvenu à pêcher, au milieu de ce déluge de chiffres? Quant à nous, nous n'en savons pas une seule. Il n'est pas une assertion dans un ordre scientifique quelconque, qui, affirmée sur l'autorité du chiffre, n'ait été démentie le lendemain au nom de la même autorité. Les choses se passent ainsi dans les académies, dans les écoles, dans les livres. Du reste, on commence à être édifié sur la valeur de cette méthode; et nous sommes persuadé que le livre de M. Lebert ne fera, sur ce point, conviction dans aucun esprit bien fait.

Mais après avoir, du haut de la méthode numérique, condamné comme erronée la statistique traditionnelle, cet esprit, ce bon sens de tout le monde, M. Lebert est bien forcé de se rattacher à cette tradition, lorsqu'il arrive à traiter de la thérapeutique. Il n'a pu prendre celle-ci dans les livres auxquels il a demandé sa méthode ; car ces li-

vres ne sont, sur ce point, que la négation pure de la science. C'est aussi bien ce qu'il a fait ; et là, se laissant guider par sa propre expérience, ou une critique de bon aloi, il examine et discute largement, sérieusement, judicieusement, les principaux moyens que la thérapeutique oppose au traitement des maladies dont il s'occupe, et qui ne sont entrés dans la science que par la voie de ce qu'il appellerait volontiers la mythologie de la médecine. Nous tenons M. Lebert pour un des esprits distingués de l'époque ; il nous paraît de plus un rude travailleur, intelligent en volonté ; il a en main les deux grands leviers de la science ; qu'il marche donc ; mais qu'il se dégage des entraves qui l'arrêteraient infailliblement dans la voie honorable qu'il nous semble appelé à parcourir.

C'est avec regret que nous avons signalé, dans une partie de son livre, l'influence malsaine de la méthode de M. Louis sur son esprit ; mais comme nous ne voulons pas que le lecteur reste sous cette impression, parce qu'elle pourrait nuire à la fortune d'un ouvrage extrêmement remarquable, nous terminerons notre analyse en disant un mot des préceptes thérapeutiques qu'il contient. Il est peu de monographies où cette partie si importante de la science, la thérapeutique, soit aussi amplement développée. Il est peu de moyens sérieux qui aient été opposés aux affections strumeuses ou tuberculeuses, qui ne soient là appréciés de la manière la plus judicieuse. L'auteur ajoute à ce travail de critique le résumé de ses expériences propres sur quelques-uns de ces principaux moyens. Là, on reconnaît de suite le praticien habile, persévérant, consciencieux, le meilleur guide, en un mot, que l'on puisse suivre dans la route si épineuse de la thérapeutique de ces terribles affections. C'est surtout ici que le plan qu'a suivi l'auteur dans l'économie générale de son livre fait sentir tous ses avantages. Après avoir traité d'une manière générale de la thérapeutique des affections scrofuleuses et tuberculeuses, il reprend plus loin cette question, et place celle-ci en face de toutes les localisations, de toutes les formes par lesquelles les deux maladies se manifestent à l'observation. Il n'y a rien à reprendre à cette partie de l'ouvrage de M. Lebert ; tout, au contraire, y est marqué au coin d'un esprit prudent, sagace, judicieux. En un mot, l'ouvrage de M. Lebert est un ouvrage hors ligne ; et la distinction dont il a été dernièrement l'objet à l'Académie nationale de médecine n'en fait pas ressortir suffisamment, suivant nous, la supériorité. Si on lisait encore aujourd'hui, le Traité des maladies scrofuleuses et tuberculeuses serait bientôt dans toutes les mains, et il obtiendrait infailliblement le meilleur de tous les suffrages, le suffrage de tous.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Bons effets de l'emploi topique du collodion dans le traitement de l'érysipèle. — Limiter l'érysipèle, l'empêcher de s'étendre aux parties voisines, telle a toujours été la préoccupation des médecins. Pour arriver à ce résultat, des moyens topiques divers ont été mis en usage; mais tous ces moyens, après avoir été employés pendant un certain temps, ont fini par être abandonnés, de sorte qu'aujourd'hui il est rare que l'on se serve d'autre chose que de substances destinées à calmer la chaleur et la douleur occasionnées par l'inflammation érysipélateuse, des onctions graisseuses par exemple. Mais ces onctions elles-mêmes n'agissent-elles pas aussi en dérobant la partie malade au contact de l'air; en évitant par conséquent une cause particulière d'irritation ? c'est ce qu'il est permis d'admettre, quand on songe aux résultats qu'on obtient dans le traitement de certaines maladies de la peau, en maintenant les parties enveloppées dans un tissu imperméable, ou même, comme l'a fait M. Robert, dans un fait que nos lecteurs ont pu lire dans notre dernier numéro, en étendant à leur surface une couche de gutta-percha dissous dans le collodion. Quoi qu'il en soit, nous avons vu dans le service de M. Briquet, à l'hôpital de la Charité, un heureux emploi du collodion, d'après les mêmes principes, dans le traitement de l'érysipèle. Voici le fait :

Un homme de quarante ans, peintre en bâtiments, entra dans le service de M. Briquet, à la Charité, pour une colique de plomb. Traité immédiatement par l'alun, il le fut pendant quatre jours sans que rien indiquât l'imminence d'une maladie aiguë. A ce moment, il fut pris de tous les signes d'une péritonite suraiguë, qui fut combattue par des moyens antiphlogistiques énergiques, et en particulier par cent quatre-vingts sangsues appliquées sur le ventre. Les symptômes de péritonite étaient à peine calmés, que l'on vit se développer, autour des piqûres de sangsues, un érysipèle qui s'étendit peu à peu à la plus grande partie de la peau de l'abdomen, et presque immédiatement il survint une pleuro-pneumonie. Un pareil enchaînement d'états pathologiques graves devait exciter les plus vives inquiétudes; aussi, en même temps qu'il combattait les accidents pulmonaires par l'application d'un large vésicatoire sur la poitrine, M. Briquet crut devoir tenter d'arrêter l'érysipèle de l'abdomen, et de l'éteindre sur place, si la chose était possible. Se rappelant les propriétés contractiles du collodion, voulant profiter de la propriété que possède cette préparation de former une couche protectrice à la surface des parties sur lesquelles elle est étendue,

ce médecin couvrit immédiatement la surface érysipélateuse d'une couche de collodion. A mesure que l'éther se vaporisait, le malade accusait une sensation de fraîcheur, et la peau blanchissait sous l'influence de la rétraction de la couche agglutinative. A part un léger sentiment de rétraction dans la peau du ventre, le malade n'éprouva aucune espèce de douleur. L'érysipèle fut immédiatement arrêté dans sa marche ; à peine s'il présenta quelques points dans lesquels il parût un peu s'étendre chaque jour. On couvrit les portions de peau vers lesquelles l'érysipèle se montrait avec une nouvelle couche de collodion, et en huit jours l'érysipèle avait entièrement disparu, sans qu'il eût fait des progrès sérieux. Aujourd'hui, l'épanchement pleurétique persiste encore ; mais la peau de l'abdomen est parfaitement saine, quoique encore couverte d'écailles de collodion.

Ainsi un érysipèle survenu dans les conditions les plus fâcheuses, chez un homme déjà débilité par une péritonite, et encore atteint d'une pleuro-pneumonie, a été arrêté dans sa marche, par l'application d'une couche de collodion. Ne pourrait-on pas faire usage de ces applications topiques pour arrêter la marche d'autres affections cutanées ? Ne pourrait-on même pas s'en servir dans la variole, comme moyen de faire avorter les pustules de la face ? M. Briquet fait en ce moment quelques expériences dans ce sens ; nous tiendrons nos lecteurs au courant des résultats de ces expériences.

Ophthalmie.—Iritis.—Administration du calomel à doses fractionnées.—Guérison.—La question des doses est un des points les plus importants de la thérapeutique, nous l'avons dit : le fait suivant en est une nouvelle preuve. Giquel (Annette), blanchisseuse, âgée de trente-un ans, est inscrite au nombre des malades du dispensaire dans les derniers jours de novembre. Cette femme est atteinte, depuis onze jours, d'une violente ophthalmie, pour laquelle elle n'a encore reçu aucun soin. L'iris du côté gauche est notablement contracté et un peu déformé, la photophobie considérable, pas de céphalée. On constate une injection extrêmement fine de la sclérotique, surtout au pourtour de la cornée. Un peu d'injection de la conjonctive, avec sécrétion muqueuse assez abondante. La santé générale est bonne d'ailleurs. Aucun accident du côté des voies digestives.

A l'exemple de M. Trousseau, nous prescrivons :

Calomel............... 5 centigrammes.
Sucre................. 5 grammes.

Mêlez et divisez en douze paquets, à prendre un paquet toutes les deux heures.

Le lendemain, la photophobie a diminué. Moins de larmoiement et de lippitude. L'injection de la sclérotique est moindre, ainsi que celle de la conjonctive. Quelques fausses membranes légères sur les gencives inférieures ; pas de salivation ; goût métallique assez prononcé. Deux garderobes non diarrhéiques. Douze paquets semblables aux premiers, à prendre de la même manière, sont prescrits de nouveau.

Le troisième jour, les gencives sont un peu tuméfiées, non douloureuses, recouvertes de quelques sécrétions pultacées. La salivation, assez abondante, a commencé après l'administration du quinzième paquet, c'est-à-dire quand la malade n'avait encore pris que six centigrammes de calomel. L'haleine mercurielle est prononcée. La malade a eu six garderobes diarrhéiques. L'état de l'œil droit s'est très-notablement amélioré. Cessation de la photophobie, de l'injection de la sclérotique, et des larmoiements. Il ne reste plus qu'un ptérygion interne qui existe déjà depuis très-longtemps. Le quatrième jour, l'ophthalmie avait complétement disparu.

Le fait qui précède a un grand intérêt au point de vue thérapeutique. La rapide disparition d'une ophthalmie avec inflammation de l'iris, témoigne assez de la puissance d'action du calomel administré à doses fractionnées. C'est là véritablement un des moyens antiphlogistiques les plus puissants que possède la thérapeutique. C'est aussi un de ceux dont on peut le plus facilement diriger l'action, en la modérant ou l'augmentant, suivant les indications qui se présentent.

Il importe également de remarquer la rapidité avec laquelle se sont manifestés les effets physiologiques du calomel. La malade n'avait encore pris que 6 centigrammes de calomel, lorsque la salivation a paru, précédée, d'ailleurs, depuis plusieurs heures d'autres phénomènes qui témoignaient de l'absorption du médicament. Ce n'est point là un fait exceptionnel. On voit quelquefois la salivation se manifester après douze heures d'administration du médicament, alors que le malade n'a encore pris que 3 ou 4 centigrammes de calomel. Ces différences dans la rapidité de l'action se rattachent souvent à des différences dans le mode d'administration du remède, suivant que le calomel a été donné à des doses plus fractionnées, et en même temps à des distances plus rapprochées l'une de l'autre. On peut dire, d'ailleurs, qu'en général le temps après lequel la salivation commence à se manifester sous l'influence de l'administration du calomel à doses fractionnées varie de douze à soixante heures.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

CATARACTE. *Tentative de guérison sans opération.* Sans nous dissimuler tout ce qu'il peut y avoir de décevant dans ce titre, qui a déjà suscité tant et de si énergiques protestations de la part des hommes les plus compétents dans la matière, nous croyons néanmoins devoir reproduire les expériences suivantes entreprises par M. le docteur Alquié, de Montpellier, dans le but d'établir la possibilité de guérir dans quelques cas la cataracte sans opération, ou tout au moins d'obtenir souvent un temps d'arrêt ou un retard dans les progrès de la maladie. Il y a quelques années que le professeur Pugliatti, de Messine, ayant cherché à remettre en honneur la méthode peu imitée de Gondret, assurait que sous l'influence de la cautérisation ammoniacale, aidée de l'usage intérieur de l'iodure de potassium, il avait vu, chez de nombreux malades, le cristallin opaque se ramollir, s'éclaircir et se dissoudre. Désirant s'assurer de la réalité de ces faits, M. Alquié a cherché d'abord, par une série d'expériences sur le cadavre et sur des animaux, à étudier l'action que pourraient avoir sur le cristallin des substances très-actives, telles que des acides concentrés, appliquées d'une manière immédiate, c'est-à-dire sur les paupières, sans toucher au globe oculaire. Il a obtenu par ce moyen de véritables cataractes artificielles, sans que les tissus intermédiaires entre les paupières et le cristallin aient jamais été altérés. Etablissant ainsi, par ce premier ordre de faits, l'influence à distance sur le cristallin des caustiques placés autour des paupières ou sur les paupières elles-mêmes, il en a conclu à la possibilité d'agir par des procédés analogues en sens inverse. Restait à vérifier le fait sur l'homme vivant. Voici le résultat qu'il a obtenu dans la première circonstance qui s'est offerte. Nous rapportons le fait sans autre commentaire, laissant aux hommes les plus exercés dans le diagnostic de ces sortes d'affections le soin d'apprécier si c'est bien à une véritable cataracte que M. Alquié a eu affaire, ou bien à un de ces cas de cristalloïdite dont la guérison facile a si souvent déjà donné le change. — Un homme âgé de cinquante-six ans, issu d'un père atteint d'une cataracte, sentait depuis quelques années sa vue s'affaiblir de plus en plus. En examinant ses yeux, M. Alquié constata une teinte d'un noir verdâtre, placée derrière les pupilles mobiles, bordée d'un cercle foncé projeté par l'iris, sans douleur de tête, sans autre lésion dans la vision qu'une diminution notable de cette fonction. L'existence d'une double cataracte cristalline lui étant démontrée par ces seuls symptômes, M. Alquié commença son traitement par l'application de deux petits vésicatoires avec l'ammoniaque liquide, près de l'angle temporal de l'orbite, et renouvela plusieurs fois ce topique; la suppuration fut entretenue à l'aide du papier Leperdriel. En même temps il ordonna l'usage d'un purgatif, deux fois par mois, avec les pilules d'Anderson, et associa plus tard à ces moyens, d'après l'indication du docteur Rau, de Berne, l'usage de pilules avec l'iode et des frictions mercurielles sur les paupières. Après deux mois de ce traitement, la vue était beaucoup plus nette, les champs pupillaires avaient recouvré en grande partie leur couleur normale. (*Revue thér. du Midi*, mars 1850.)

CORNÉE (*Nouveau signe pour reconnaître certaines déformations de la*). La note suivante, communiquée à l'Union médicale par M. le professeur Laugier, comporte un intérêt pratique qui nous engage à la reproduire *in extenso*. « Chacun connaît le parti que la chirurgie tire, pour le diagnostic de la cataracte, des images de la flamme d'une bougie présentée à l'œil malade. De ces trois images celle qui est produite par la cornée n'a aucun rapport avec la cataracte, et elle ne sert jusqu'ici qu'à déterminer la position des images profondes produites par la capsule cristalline. Elle a cependant une utilité pratique d'une certaine valeur dans le diagnostic des ulcérations de la cornée elle-même, qu'il semble si simple de reconnaître sans auxiliaire, en raison de la position superficielle de cette membrane. Un assez grand nombre de ces ulcérations sont fort petites, superfi-

cielles, et ne sont accompagnées d'aucune opacité, même après leur cicatrisation; mais elles déforment la cornée, lui ôtent cette convexité en vertu de laquelle la première image droite est produite. Si on examine l'œil ainsi affecté à la lumière du jour, on trouve la cornée transparente, on ne voit pas toujours les facettes qui résultent d'ulcérations cicatrisées; on cherche alors vainement dans les chambres antérieure et postérieure la raison d'un trouble permanent dans la vision, trouble qui résulte du défaut de convexité de la cornée vis-à-vis et dans le voisinage de la pupille. Eh bien! à l'aide de la flamme de la bougie, rien n'est plus facile que de constater les moindres déformations dans la convexité de la cornée; l'aplatissement le moins étendu, la plus petite facette sont révélés par la diffusion de la lumière présentée à l'œil. Partout où la cornée a conservé sa convexité, fût-elle même opaque dans ses couches profondes, une image nette de la bougie est formée. La plus petite facette, transparente même, étale l'image, la rend sphéroïdale ou circulaire, si la facette est elle-même arrondie; irrégulière et diffuse, si elle a une forme irrégulière. Il y a plus de cinq mois que ce fait intéressant de diagnostic est démontré dans mes salles de maladies des yeux, à la Pitié. Un grand nombre d'élèves et de médecins l'ont maintes fois constaté d'après la remarque que j'en ai faite. J'entends dire, depuis quelques jours, que cette notion commence à se répandre, et vous trouverez peut-être juste, monsieur le rédacteur, que j'aie voulu dans ces quelques lignes en établir l'origine. La publicité dans les cours a toujours passé pour un mode de publication d'une authenticité suffisante. Je ne sache pas que ce fait ait été signalé ailleurs et antérieurement, mais vous me voyez très-disposé à reconnaître toute priorité remontant au delà du terme assigné dans cette note.

COQUELUCHE (*Bons effets des cautérisations de la glotte dans le traitement de la*). — Quelque place qu'on donne à la coqueluche dans la nosologie, il est impossible de méconnaître que ce qui forme le trait principal de la maladie, ce qui la caractérise, c'est l'élément nerveux, c'est la présence de ces accès de toux et de suffocation qui reviennent à des intervalles plus ou moins rapprochés, et qu'on ne retrouve dans aucune autre forme de maladie des voies respiratoires. Aussi s'explique-t-on aussi bien dans cette affection les succès qu'on a obtenus des sédatifs et des narcotiques que ceux qu'ont fournis de tout temps les médications perturbatrices et, en particulier, l'administration des vomitifs à doses petites et fréquemment répétées. Le moyen que propose M. Eben Watson et dont il dit s'être très-bien trouvé, est aussi un moyen perturbateur et qui, s'il est nouveau par le mode même d'application, ne l'est pas cependant à certains égards, puisqu'il se rapproche d'une méthode prônée, il y a quelques années, avec des formes plus qu'excentriques, par un de nos confrères qui est mort, il y a quelques mois, du choléra, M. Ducros (de Marseille). En effet, M. Ducros avait préconisé les cautérisations pharyngiennes comme moyen de calmer les accès de dyspnée dans diverses affections des voies respiratoires et, principalement, dans l'emphysème pulmonaire, les maladies du cœur, etc. M. Watson pratique les cautérisations de la glotte, pour calmer les accès de toux et de suffocation de la coqueluche. Or, les cautérisations pratiquées sur la muqueuse pharyngienne, comme sur celle du larynx, agissent sur le même ordre de nerfs et doivent avoir, par conséquent, un effet analogue. Quoi qu'il en soit de cette analogie et de cette explication, toujours est-il que M. Watson pratique les cautérisations de la manière suivante : La tête du malade étant fixée par un aide, on abaisse la langue, à l'aide d'une petite cuiller, et l'on porte dans le fond de la gorge un morceau d'éponge, solidement cousu au bout d'une tige de baleine de la forme, à peu près, d'une sonde d'homme et trempée dans une solution de nitrate d'argent (75 centigrammes par 30 grammes d'eau distillée). Dans quelques cas, on a trouvé de l'avantage à porter la dose du nitrate jusqu'à 2 grammes pour 40 grammes d'eau. On doit l'appliquer tous les deux jours, d'abord sur le pharynx seulement; puis, aussitôt que les parties s'y accoutument, sur la glotte et dans l'ouverture de la glotte, qu'elle doit traverser. Chez la plupart des enfants, l'éponge peut être enfon-

cée dans la glotte dès la première application ; et, dans tous les cas, ce mode d'application ne doit pas être différé au delà de la deuxième cautérisation. Immédiatement il en résulte une sensation de suffocation très-légère et temporaire, que l'enfant a bientôt oubliée. La baleine doit être assez forte ; car elle peut être pliée dans la bouche et même repoussée dans un effort de toux, passer dans l'œsophage au lieu du larynx. Il est bon de mentionner aussi que quelquefois un léger degré de pression est nécessaire pour faire pénétrer l'éponge dans la glotte. Il vaut mieux encore attendre le moment où le malade tousse ou fait des inspirations pour plonger plus facilement l'éponge dans le larynx par un rapide mouvement de la main. En outre de ce traitement topique, M. Eben Watson a grande attention au régime et règle convenablement les fonctions du tube digestif. Il tient aussi rigoureusement les malades dans une chambre bien chauffée et bien ventilée, jusqu'à ce que les quintes aient disparu ; et alors, s'il est nécessaire, il recommande le changement d'air et l'usage de quelques toniques, généralement l'huile de foie de morue. En poursuivant ce mode de traitement, la maladie, au lieu de se prolonger avec intensité de deux à six mois, ne dure pas plus de quelques semaines, et n'a pas plus d'intensité qu'un rhume ordinaire. Aucun des malades n'a continué de tousser plus de huit ou dix jours après la première application de la solution caustique ; et dès cette première application, les symptômes ont offert une amélioration très-marquée. Chez quelques enfants, vivant dans la même maison que des sujets affectés de coqueluche et qui offraient les symptômes du début de cette maladie, comme de fréquents accès de toux, spécialement pendant la nuit, avec une agitation subite, sans fièvre concomitante et sans les signes physiques de la bronchite, M. Watson a réussi, par l'application de la solution caustique dans le larynx, à dissiper les premiers symptômes et à ramener les enfants à la santé. Tout en approuvant la méthode de traitement proposée par M. Watson, nous croyons qu'on ne saurait être autorisé à en faire usage que dans les cas graves, dans ceux où les quintes de toux et les accès de suffocation sont vraiment très-prononcés et peuvent mettre en danger la vie des malades. (*Monthly journal.*)

CROUP. *Son traitement par le sulfate de cuivre.* — Quant il s'agit de de maladies aussi graves et aussi meurtrières que le croup, on ne saurait trop souvent revenir sur l'appréciation des moyens auxquels l'expérience a paru accorder quelque valeur. Nous avons fait connaître, il y a déjà plusieurs années, les bons effets qu'un honorable médecin de Rennes, M. le docteur Godefroy, a obtenus de l'emploi du sulfate de cuivre dans le traitement de cette cruelle affection. (V. *Bulletin de thérapeutique*, t. 29, p. 72.) Tout en signalant, comme dignes d'intérêt, les faits publiés par M. Godefroy, nous dûmes néanmoins faire quelques réserves sur le caractère douteux de quelques-uns des cas auxquels il avait appliqué cette méthode. Nous ne demanderions pas mieux, bien entendu, qu'il nous fût démontré que ces réserves étaient inutiles, et que l'expérience eût entièrement justifié les espérances que M. Godefroy paraissait fonder alors sur cette médication. Voici un nouveau témoignage qui, à cinq ans de date environ, vient ajouter encore aux motifs de confiance qui ont déterminé quelques praticiens à adopter l'emploi de ce remède. Sur 8 cas de croup, traités depuis cinq ans par le sulfate de cuivre, M. le docteur Marel dit n'avoir eu que 2 cas d'insuccès seulement, et 6 cas de guérison complète. Encore, ajoute-t-il, des deux sujets chez lesquels la méthode a échoué, l'un n'a été traité qu'à la période extrême de la maladie, que six heures avant la mort, et l'autre n'a pas été soigné avec toute l'énergie convenable. (Après une première administration du médicament, le jeune malade rendit une fausse membrane, représentant la membrane muqueuse du larynx. Les accidents, conjurés une fois, reparurent le lendemain, et l'enfant, ayant refusé de prendre une seconde fois le médicament, la maladie suivit sa marche fatale.) — Pour preuve que c'était bien à des cas de croup véritable qu'il avait eu affaire, M. Marel rappelle que, jusqu'au moment où il a commencé à employer cette médication, il avait eu à soigner une vingtaine de croups, tous

terminés par la mort, quels qu'aient été les moyens employés. Quant à la manière dont ce médecin a administré le sulfate de cuivre, elle ne diffère en rien de la formule indiquée par M. Godefroy : 10 centigr. dans 125 grammes de liquide ; une cuillerée toutes les dix minutes, sans préjudice de l'usage des révulsifs et autres moyens habituellement en usage contre cette maladie. (*Gaz. des hôpitaux*, mars 1850.)

GASTRALGIE *symptomatique*. — *Bons effets de l'iodure de potassium.* Une très-longue expérience a appris au docteur Mayer, qu'à l'aide de l'iodure de potassium à petite dose (de 5 à 10 centigrammes par jour) on pouvait non-seulement calmer la douleur gastralgique qui accompagne les gastrites chroniques réfractaires à l'emploi des narcotiques, mais même modérer les vomissements les plus rebelles que provoque le carcinome de l'estomac. Ordinairement il prescrit d'abord ce médicament de la manière suivante :

Iodure de potassium. .	0,15 centigr.
Eau distillée.	150 grammes.

On prescrit d'abord d'une à quatre cuillerées de cette solution par jour, et on augmente progressivement la dose.

Les quelques cas d'affections squirrheuses qui ont été modifiées avantageusement par l'administration de l'iodure de potassium, légitiment les tentatives de M. Mayer; mais ce médecin va certainement trop loin, en présentant sa formule comme un moyen spécifique de tous les maux d'estomac. (*Nieuwe Boerhaave*, et *Ann. de la Société méd. de Roulers*, première livraison, 1850.)

GLANDE PAROTIDE (*Extirpation d'une tumeur située dans l'épaisseur de la*), *pratiquée avec succès, sans intéresser les branches du nerf facial.* L'une des plus grandes difficultés que présente l'extirpation des tumeurs situées dans l'épaisseur de la glande parotide, c'est bien certainement celle qu'on éprouve à éviter les nombreuses irradiations du nerf facial, connues sous le nom de la patte d'oie. Telle est même, dans certains cas, la difficulté qu'on rencontre dans les opérations de ce genre, que certains auteurs ont donné le précepte de couper les branches du nerf qui gênent trop pour l'extirpation. A l'époque où le chloroforme n'était pas encore découvert, et où il était impossible d'agir sur les nerfs sans occasionner des douleurs excessivement vives, un pareil précepte pouvait être accepté; mais aujourd'hui, où l'opérateur ne craint pas, en disséquant lentement le nerf, en le soulevant avec des pinces, de déterminer des douleurs horribles; aujourd'hui, où le malade, plongé dans l'anesthésie, ne sent pas ce qu'on pratique sur lui, il est permis de dire que le chirurgien doit tout faire pour conserver au malade l'intégrité de la contractilité dans toutes les parties de la face et du cou, correspondantes à la tumeur. — Ces réflexions nous sont suggérées par une opération ingénieuse que M. Stanley a pratiquée, en coopération avec M. Paget, à l'hôpital Saint-Barthélemy, sur un de nos confrères. Ce médecin portait, depuis cinq ans, sur le côté droit de la face, immédiatement au-dessous de l'arcade zygomatique, une petite tumeur élastique, mobile, qui avait fini par acquérir le volume d'une grosse noix, et qui avait son grand axe dans la direction du muscle masséter. Quoique mobile, cette tumeur ne l'était pas assez pour qu'on pût, en la refoulant en avant, sentir la branche de la mâchoire. Il était donc probable qu'elle tenait à la glande parotide, si même elle n'était développée dans son épaisseur. Après avoir endormi le malade avec le chloroforme, M. Stanley fit une incision suivant le grand axe de la tumeur; mais, dès qu'elle fut mise à nu, on reconnut non-seulement qu'elle était située dans la glande parotide, mais encore que les branches du nerf facial, qui passaient au-dessus d'elle, avaient contracté des adhérences intimes à son niveau. Il fallait donc, ou couper les nerfs, ou mieux enlever la tumeur par morceaux; c'est ce que M. Stanley n'hésita pas à faire. Il fit d'abord une incision dans la tumeur, afin de la vider ; elle contenait un liquide épais et visqueux. Ensuite, commença une dissection minutieuse, qui consistait à enlever la tumeur par petits morceaux, tandis que les nerfs étaient soulevés avec des crochets. C'était une chose curieuse, à ce qu'il paraît, que de voir, à mesure que l'on soulevait tel ou tel rameau nerveux, tel ou tel muscle se contracter. Enfin, on enleva tout le kyste, et il resta à la

place une cavité creusée dans la parotide, sur laquelle paraît la patte d'oie parfaitement disséquée. Le malade, qui avait été endormi, ne se réveilla qu'une heure et demie après le commencement de l'opération, avec des nausées, de la céphalalgie et un état de malaise général, qui se prolongea pendant trois jours, et qui cessa à la suite d'une garderobe abondante. Il y eut aussi quelques vomissements; mais la plaie ne s'en cicatrisa pas moins rapidement, malgré une hémorrhagie veineuse, qui eut lieu le second jour. Le cinquième jour, le malade pouvait quitter la chambre, et, le treizième jour, il retournait à Salisbury. L'écoulement salivaire, qui s'était fait d'abord assez abondamment par la plaie, s'était réduit à une goutte de salive, qui s'échappait par un petit pertuis, et que l'on guérit en injectant dans le trajet fistuleux une solution de nitrate d'argent (2 grains par once). Il n'est resté au malade qu'une très-légère différence dans l'écartement des paupières des deux côtés.—Tout en applaudissant à cette ingénieuse opération et à l'habileté de l'opérateur, nous pensons que, par une ponction exploratrice, on eût dû s'assurer d'abord de la nature de la tumeur, et qu'on eût pu employer avec plus d'avantage et moins de danger chez le malade les injections iodées, qui comptent aujourd'hui tant de succès dans le traitement des tumeurs kystiques analogues. (*Medical Times*, février 1850.)

RUPTURE DU LIGAMENT ROTULIEN, *guérie par l'application d'un bandage amidonné.* Le fait suivant, que nous empruntons à un journal belge, offre un double intérêt, comme exemple d'une lésion rare et dont on trouve à peine quelques exemples dans les archives de la science, et surtout à cause des heureux effets du traitement qui mérite d'être signalé comme un exemple à suivre en pareille circonstance : « Un homme, dans une chute d'un lieu élevé, vint heurter du genou gauche contre le bord d'une pierre. Il éprouva à l'instant la sensation d'un coup sec, sans douleur vive; il put même se relever assez facilement; mais à peine a-t-il fait quatre ou cinq pas, que son membre gauche ne peut plus le soutenir; il est forcé de se laisser aller à terre et de demander du secours. Appelé auprès du malade, voici les signes que constata M. Giebens : la face antérieure du tiers inférieur de la jambe gauche était le siége d'une plaie contuse assez étendue; la jambe, légèrement fléchie sur la cuisse, avait une grande tendance à se fléchir davantage; le genou était rouge et légèrement tuméfié; l'extension et le soulèvement du membre étaient impossibles. Lorsqu'on produisait l'extension de la jambe, le malade se plaignait d'une très-vive douleur, la rotule était saillante, plus élevée que celle de l'autre côté. En circonscrivant le pourtour de cet os, on peut s'assurer de son intégrité. La rotule était d'ailleurs très-mobile, surtout dans le sens latéral. Entre la tubérosité antérieure du tibia et la rotule, on sentait un vide tellement profond qu'on pouvait y enfoncer toute la pulpe de l'indicateur. Ce vide était exactement limité inférieurement et supérieurement par les deux fragments du ligament rotulien dont la section paraissait nette. L'espace compris entre les deux bouts du ligament avait une largeur d'un pouce quand le membre était dans l'extension; cette étendue s'augmentait par la flexion. La partie du ligament adhérente à la rotule avait de quatre à cinq lignes de longueur.—Le membre fut mis dans l'extension et placé dans un appareil provisoire pour le transport du malade à sa demeure. Dès le lendemain on institua le traitement suivant : repos absolu du membre sur un plan incliné, disposé de manière que le talon se trouvait élevé, la jambe étendue sur la cuisse et celle-ci fléchie sur l'abdomen, afin de mettre les muscles extenseurs dans le relâchement. En même temps, application de compresses imbibées d'eau végéto-minérale pour combattre le gonflement considérable dont le genou était devenu le siége. Après huit à dix jours de ce traitement, la tuméfaction ayant en grande partie cédé, on appliqua un appareil inamovible, consistant dans un bandage des plaies en travers, dont trois attelles en carton, une postérieure et deux latérales, s'étendant depuis les malléoles jusqu'au milieu de la cuisse, et maintenues par une bande roulée, le tout bien enduit d'amidon. Une ouverture fut ménagée à cet appareil au tiers inférieur de la jambe, afin de pouvoir appliquer une médication convenable à la plaie contuse

qui se trouvait dans cette région et qui fournissait une suppuration abondante. L'appareil appliqué fut replacé sur le même plan incliné. Au bout de quarante-huit heures, l'appareil était complétement solidifié, le malade put se lever et marcher au moyen de béquilles, le pied étant soutenu dans un étrier qui allait s'attacher derrière le cou. Ce bandage fut maintenu pendant six semaines, après lesquelles on commença à imprimer au membre des mouvements de flexion pour combattre la raideur de l'articulation. — Trois mois après l'accident, le genou gauche était encore un peu plus volumineux que celui de l'autre côté ; le malade pouvait complétement étendre la jambe et la fléchir à angle droit sur la cuisse ; la marche était un peu gênée. » (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, février 1850.)

TRISMUS *et convulsions des nouveau-nés et des jeunes enfants.—Formule antispasmodique.* Nous ne transcrivons la formule suivante, empruntée au formulaire allemand, et dont M. le docteur Vanoye dit avoir retiré de bons effets dans un cas de trismus, chez un enfant de trois semaines, qu'avec toutes les réserves que commandent, en général, les prescriptions empiriques, lorsqu'il s'agit surtout d'accidents symptomatiques, dont il importe avant tout de chercher à déterminer et à combattre la cause organique ou essentielle. Voici cette formule :

Pr. Teinture d'ambre.... } 8 gramm.
— de musc... }
Eau de fleurs d'oranger. . . 45 —
Sirop diacode . . . . 2 —

à prendre par cuillerée toutes les deux heures. (*Ann. de la Société méd. d'émulation de Roulers*, 2e livraison, 1850.)

ULCÈRES PHAGÉDENIQUES (*Emploi avantageux de la cigüe à l'intérieur dans le traitement des*). Il ne faudrait pas croire que les ulcères syphilitiques doivent toujours être pansés avec des onguents ou des pommades mercurielles, et que le traitement général, quelque rationnel qu'il soit, suffise toujours à déterminer la cicatrisation de ces ulcérations. Il est des ulcérations syphilitiques, et principalement celles dites phagédéniques, parce qu'elles corrodent et détruisent les tissus, dont on arrête plus facilement les progrès par des émollients et surtout avec les narcotiques, qu'avec les pansements mercuriels et les cautérisations de toute espèce. Les cas de ce genre ne sont pas fort rares chez les filles publiques ; ils le sont davantage chez les hommes. Cependant, jusqu'ici, on a plutôt employé les narcotiques à l'extérieur dans les cas de ce genre, qu'on ne les a administrés à l'intérieur. C'est là ce qui distingue le fait que M. Lloyd a rapporté : un homme de vingt-deux ans portait, au côté gauche du périnée, une ulcération assez superficielle, mais qui s'étendait du scrotum à l'anus, en avançant sur la cuisse; dont la coloration était livide et de mauvaise nature, et qui fournissait un écoulement séreux sans apparence de pus. Ce fut en vain qu'on essaya contre cet ulcère les cautérisations avec le nitrate d'argent, la potasse caustique, l'acide nitrique et le cautère actuel, les pansements avec le calomel, la pommade mercurielle, etc., en même temps qu'on mettait en usage à l'intérieur les préparations iodurées et mercurielles. Non-seulement l'ulcération ne marchait pas vers la cicatrisation, mais elle s'étendait tous les jours. Elle avait acquis une étendue de 10 centimètres, lorsque, sur l'avis d'un de ses confrères qui s'en était très-bien trouvé dans des cas de ce genre, M. Lloyd eut recours à l'emploi de l'extrait de cigüe à haute dose. Il commença par 75 centigrammes, en augmentant de la même dose tous les trois, quatre, cinq, six, sept, huit ou neuf jours, suivant les phénomènes observés. Du 30 mai au 18 septembre, c'est-à-dire dans un intervalle de 112 jours, le malade ne prit pas moins de 1,374 grammes, ou de 57 onces d'extrait de cigüe, c'est-à-dire 12 grammes 22 centigrammes, ou près d'une demi-once par jour. Malgré cette dose énorme, il ne survint pas, à proprement parler, d'accident, si ce n'est un peu de lourdeur de tête, de paresse dans les idées, de trouble dans la vision, troubles que le malade comparait à ceux qu'on éprouve après avoir beaucoup fumé sans en avoir l'habitude. Une fois la guérison obtenue, on réduisit de jour en jour la quantité d'extrait de cigüe, et, lorsqu'on fut redescendu à 4 grammes, on suspendit entièrement. — Il se présente ici une question assez importante, c'est

celle de savoir si l'extrait de ciguë était bien préparé, et si l'on n'a pas employé par hasard l'extrait aqueux, préparation mauvaise et infidèle. Nous répugnons, en effet, à croire que l'on eût jamais pu employer sans cela pendant si longtemps des doses aussi élevées que 420 grains, ou 12 grammes par jour. Il est bien entendu que si l'on employait l'extrait de suc de ciguë non dépuré, il faudrait apporter dans l'emploi de ce médicament une très-grande prudence, et suivre attentivement les phénomènes observés sur le malade. (*Med. Times.*)

VARIÉTÉS.

DE L'ÉTHÉRISATION.

Note lue à la séance publique de l'Académie des sciences,

PAR M. LE PROFESSEUR VELPEAU.

(Suite et fin (1).)

Étudiant les résultats naturels de l'éthérisation sur les fluides, quelques expérimentateurs, M. Flourens, M. Amussat, en particulier, ont cru que le sang devenait noir, que le sang artériel prenait la teinte du sang veineux tant que dure l'insensibilité, et que l'anesthésie est, jusqu'à un certain point, comparable à l'asphyxie. Comme ce qui a été dit des animaux sous ce rapport a été soutenu aussi pour l'homme, on a dû se hâter de vérifier des faits aussi sérieux. Des expériences nombreuses, faites par M. Girardin, de Rouen, M. Dufay, de Blois, M. Renauld, d'Alfort, paraissent démontrer sans réplique que le sang reste rouge dans les artères, tant que l'animal respire sans gêne, tant que l'appareil employé n'est pas privé d'une proportion convenable d'air. La coloration noire, signalée dans le sang artériel, dépendrait ainsi d'une asphyxie venant compliquer accidentellement l'éthérisation, et non de l'éthérisation elle-même. Les observations que j'ai pu recueillir sur l'homme m'ont conduit à la même opinion.

Toutes les fois que l'inhalation de l'éther ou du chloroforme s'est faite en pleine atmosphère, avec calme, sans résistance, la figure des malades a conservé sa teinte naturelle, et le sang est resté rouge pendant toute l'opération. Dans les conditions contraires, c'est-à-dire chez les malades qui inspirent mal, qui résistent instinctivement ou par peur à l'entrée libre de la vapeur au fond des bronches, le visage pâlit ou se congestionne, prend quelquefois même une teinte violacée, et le sang qui s'échappe de la plaie revêt assez souvent, en effet, une couleur plus ou moins vineuse.

Cette remarque m'a conduit, en ce qui touche le chloroforme du moins, à rejeter le mouchoir, les linges ou compresses, les vessies, employés par beaucoup de chirurgiens, et même les appareils, si ingénieux du reste, construits par nos habiles fabricants, et à me servir uniquement d'une bonne éponge pour l'éthérisation. Tenue près du nez, sans le toucher, l'éponge imbibée de chloroforme est tellement perméable, que l'air ne peut éprouver aucune difficulté à la traverser, et que la respiration n'en souffre aucune gêne, qualités qu'on ne trouve point au même degré dans les autres objets adoptés ou proposés.

Alors même que les expériences sur les animaux n'eussent point inspiré

(1) Voir le numéro du 30 mars, p. 281.

de craintes sur l'emploi des anesthésiques, l'éthérisation ne pouvait pas apparaître dans la pratique sans soulever contre elle de nombreuses objections, une vive opposition.

Pour ne m'occuper que des objections sensées, je ne répondrai rien à ceux qui repoussent l'éthérisation à cause de l'abus que pourraient en faire les malfaiteurs par exemple, ou quelque homme de l'art malintentionné, à cause aussi des atteintes que pourraient en recevoir la morale, la probité ou la discrétion, si elle était livrée à des mains maladroites ou à des âmes perverses; mais où en serions-nous si, par cela seul que l'abus d'une bonne chose peut être dangereux, on devait en rejeter l'usage!

Il n'y a guère lieu de réfuter non plus ceux qui prétendent que la douleur dans les opérations est un mal nécessaire, et qu'il est dangereux d'en empêcher la manifestation. L'humanité ne se soulève-t-elle pas tout entière à l'énoncé d'une telle doctrine! A ce compte, la chirurgie aurait été coupable de tout temps, car ses perfectionnements ont eu constamment pour but de rendre les opérations moins douloureuses en même temps que moins dangereuses. Se contraindre, ne pas se plaindre quand on éprouve une vive douleur, quand on souffre violemment, peut nuire sans doute, mais empêcher la douleur de naître sera toujours un avantage, un bienfait.

Les animaux reviennent toujours à la santé quand on cesse l'éthérisation aussitôt après que l'insensibilité est obtenue, et ils ne meurent que si, à partir de là, on continue de les éthériser encore plusieurs minutes. Pourquoi en serait-il autrement chez l'homme? Rendu insensible, le malade en a pour deux, quatre ou cinq minutes. D'ailleurs, si les besoins de quelques opérations spéciales l'exigent, rien ne s'oppose à ce que l'éponge anesthésique soit remise sous le nez de l'opéré quand il semble sur le point de revenir à lui, alors que l'opération n'est pas terminée. On ne voit donc pas, *à priori*, que, bien conduite, l'éthérisation soit de nature à compromettre la vie des malades.

On invoque cependant des faits en faveur de l'opinion contraire. Des malades éthérisés ne se sont plus réveillés, dit-on, ou ont succombé peu de temps après avoir repris plus ou moins complétement leurs sens. On a cité des faits de ce genre en Angleterre, en Amérique, en Allemagne, en France, en Espagne. Peut-être serait-il possible d'en rassembler quinze aujourd'hui. Nier les faits, ce n'est pas les détruire : j'accepte donc ceux que l'histoire possède ; mais je ne les accepte qu'à la condition de les analyser, de les juger.

Un jeune homme de laboratoire juge à propos de se placer sous le nez un *mouchoir* imbibé de chloroforme pour s'amuser ; il tombe sur le parquet avec son mouchoir collé au nez, et on le trouve mort dans cette position, sans que personne eût pu lui porter secours; il était seul. En quoi l'éthérisation est-elle coupable d'un pareil malheur? Trois ou quatre des observations relatées sont aussi concluantes que celle-là. D'autre part, on voit, à Londres, une femme qui meurt vingt-quatre heures après une opération de taille, et l'on accuse l'éthérisation, comme si cela ne s'observait jamais chez les malades qui n'ont point respiré d'éther! Un tétanique succombe au bout de six heures, et quoique cet homme fût mourant avant l'éthérisation, on s'en prend au chloroforme. Un homme gravement blessé, encore dans la stupeur, épuisé par une abondante perte de sang, et qu'on éthérise deux fois, succombe avant la fin de l'opération, et l'on affirme que

sans le chloroforme rien de semblable ne serait arrivé ; comme si, avant l'éthérisation, des faits pareils ne s'étaient présentés nulle part ! On est allé plus loin : on a mis sur le compte du chloroforme la mort qui est survenue, au bout de deux jours, chez un deuxième tétanique, au bout de douze heures chez un opéré de la hernie, au bout de vingt-quatre heures chez un autre malade, quoiqu'ils eussent tous repris leurs sens, et que le dernier se fût même rendu loin de son lit, où il succomba tout à coup. Je le demande à tout observateur impartial, est-ce avec des faits semblables que l'on peut mettre en évidence la léthalité des agents anesthésiques ?

Il est vrai que des observations d'un autre ordre ont été produites. Rien, assure-t-on, n'a pu réveiller des malades qu'on avait éthérisés pour de petites opérations, pour des extractions de dents, pour la fente d'une fistule, pour l'arrachement d'un ongle. Que la frayeur s'empare des esprits à l'annonce de malheurs pareils, rien de plus juste. Personne plus que moi ne les déplore, et ne serait plus disposé à rejeter l'éthérisation, s'ils devaient se reproduire souvent, s'il était démontré que l'anesthésie, par elle-même, en soit véritablement responsable. N'en ayant point été témoin, je ne puis les prendre que comme ils nous ont été donnés. Mais, en observateur scrupuleux et sévère, qui tient à dégager la vérité de l'erreur, je ne puis taire les réflexions suivantes :

D'abord, ces cas malheureux (je parle de ceux dont les détails offrent quelque garantie) ne se sont rencontrés que dans la pratique privée : aucun des opérateurs en renom n'a eu à en déplorer de semblables. Les hommes qui sont à la tête des grands hôpitaux de Saint-Pétersbourg, de Moscou, de Berlin, de Vienne, de Boston, de New-York, de Philadelphie, de Londres, de Dublin, d'Édimbourg, de Montpellier, de Strasbourg, de Paris, n'ont rien observé d'analogue. J'ai mis en usage l'éthérisation, soit à l'hôpital, soit dans ma clientèle particulière, plus de cinq cents fois, et jamais il n'en est rien résulté de sérieux pour mes malades. M. Roux, dont je ne crains pas d'invoquer ici la grande autorité, n'a pas été moins heureux dans un nombre peut-être encore plus considérable de cas. La parfaite innocuité de l'éthérisation s'est également maintenue à l'hôpital Saint Louis, à l'hôpital Saint-Antoine, à l'hôpital des Enfants, à l'hôpital Necker, à l'hôpital de la Pitié, à l'hôpital des Cliniques, à l'hôpital Cochin, au Val-de-Grâce, à Bicêtre, etc., entre les mains de MM. Malgaigne, Jobert, Nélaton, Marjolin, Lenoir, Denonviliers, Guersant, Laugier, Michon, Chassaignac, Maisonneuve, Gosselin, Baudens, etc. Dans presque tous les établissements sanitaires, les médecins et les accoucheurs ont, en outre, fait usage de l'éthérisation un grand nombre de fois, et toujours impunément ; ensuite, une foule d'étudiants en médecine, la plupart des médecins de Paris, des sociétés médicales tout entières, voulant voir individuellement ou collectivement par eux-mêmes ce que produit l'inhalation de l'éther ou du chloroforme, se sont soumis à l'éthérisation, les uns une ou deux fois seulement, les autres un grand nombre de fois. En est-il résulté un seul accident notable ? Avec une expérience si vaste, en présence d'une masse si imposante de faits aussi constamment heureux, n'est-il pas permis de se demander par quelle fatalité des revers fâcheux ne se sont attachés à l'éthérisation qu'entre les mains d'hommes qui en avaient peu l'habitude, qui n'ont eu que de rares occasions d'invoquer son concours ?

Si les malheurs dont on parle n'étaient survenus que dans de graves opé-

rations, ou après une longue éthérisation, à la rigueur on le comprendrait; mais y a-t-il rien de plus vite fait qu'une extraction de dent? Puis, n'a-t-on pas affirmé que, pour quelques cas au moins, l'inhalation du chloroforme n'avait duré que trente secondes, une ou deux minutes au plus? S'il en était ainsi, aucun chirurgien n'oserait en faire usage, car l'éthérisation exige toujours au moins quarante secondes, et quelquefois jusqu'à quatre et cinq minutes, que l'opération à pratiquer soit petite ou grande. D'ailleurs, il existe à Paris des dentistes, deux entre autres, qui ont éthérisé de deux à trois mille clients, et qui pourtant n'ont point rencontré de ces malheureuses catastrophes dont se sont emparés avec tant d'ardeur les antagonistes de l'éthérisation.

Dans les opérations rapides, l'anesthésie doit être si courte, que je ne m'en explique point du tout le danger.

Est-ce à dire pour cela que l'inhalation des anesthésiques connus soit absolument dépourvue d'inconvénients, puisse être livrée sans péril à toutes les mains, appliquée indistinctement à toutes les espèces d'opérations et d'individus? Nullement. Nous avons eu bien soin, au contraire, M. Roux et moi, d'avertir, dès le principe, que des agents, à la fois si puissants et si merveilleux, n'étaient pas de nature à pénétrer impunément dans l'économie, et qu'autant ils pourraient être utiles, employés à propos, autant ils seraient nuisibles, employés à contre-temps ou sans méthode.

Maintenant, comme alors, leur usage ne me paraît pas prudent, par exemple, pour les opérations qui doivent être pratiquées dans la bouche ou dans le gosier, dans les fosses nasales ou sur le larynx et la trachée, à cause des besoins que peut avoir le malade de repousser au dehors le sang qui tend à lui envahir les voies respiratoires. Sans le désapprouver, je ne le conseille pas cependant, quand on doit agir sur les yeux, les paupières ou les lèvres, quand on veut procéder à la recherche de quelques artères, et pour les opérations qui se pratiquent chez des individus très-affaiblis, soit par la maladie, soit par l'âge.

Ajouterai-je que, d'une manière générale, et pour dire toute ma pensée je ne le conseille à personne; que, toutes choses égales d'ailleurs, j'aime, mieux opérer sans éthérisation qu'avec éthérisation?

Beaucoup de médecins, les gens du monde surtout, croient volontiers qu'en présence d'un malade éthérisé, le chirurgien est plus libre, plus maître de ses mouvements qu'avec ceux qui conservent leur intelligence; c'est une erreur: l'anesthésie trop prolongée exposant à quelques dangers, l'homme de l'art a naturellement hâte d'en finir, et ne peut pas se défendre d'un certain degré de préoccupation tant que dure l'opération. S'il convient de varier la position du corps, de questionner le malade, de lui adresser quelques recommandations; si, d'une façon ou d'une autre, on a besoin de son concours, du concours de sa volonté, l'opération une fois commencée, l'homme éveillé vous entend, vous obéit, et s'abstient presque toujours des mouvements qui pourraient nuire, tandis que rien de tout cela n'est possible sur un malade endormi.

Ce n'est donc pas pour leur satisfaction personnelle que les chirurgiens sont si partisans de l'éthérisation, ce n'est donc pas non plus pour faciliter le manuel opératoire que les malades doivent la demander. En d'autres termes, les personnes qui n'ont pas peur de la douleur, ou qui, du moins, la supportent sans trop de crainte, auront raison de ne point se faire éthé-

riser. Pour les autres, et c'est incomparablement le plus grand nombre, je n'hésite jamais, pour peu que l'opération en vaille la peine; j'y ai même recouru quelquefois pour de très-légères opérations, attendu que, selon moi, le besoin de l'éthérisation est plutôt en raison du degré de crainte, de la pusillanimité du malade que de la gravité de l'opération. Ne voit-on pas chaque jour, dans les hôpitaux comme dans la clientèle privée, des personnes qui redoutent la ponction d'un abcès, l'arrachement d'une dent, l'introduction d'un stylet au fond d'une fistule, autant que d'autres l'amputation d'une cuisse ?

Même restreinte dans les limites que je viens d'indiquer, l'éthérisation comptera encore comme un bienfait inappréciable dans l'histoire de l'humanité. Pour en saisir la portée, il suffit de songer au nombre de malades qui reculent indéfiniment, effrayés qu'ils sont par l'image de la douleur, devant une opération pourtant indispensable. Délivrée de cette terreur, l'espèce humaine sera libre doréuavent de choisir à temps le remède le plus convenable pour la soustraire à quelques-uns des maux qui tendent à la détruire.

Ceux qui accusent sans preuve suffisante l'éthérisation, qui s'efforcent d'en éloigner les esprits, ignorent-ils qu'on peut mourir de douleur, que la douleur épuise; que dans les opérations, une douleur excessive ou longtemps prolongée est toujours une complication grave? Songent-ils bien à la perplexité affreuse où la mettent les êtres craintifs, nerveux, sensibles, pusillanimes, qui se voient dans l'alternative de se résigner à des douleurs qu'ils ne se croient pas capables de supporter, ou de se soumettre à l'emploi d'un préservatif qu'on leur présente sous des couleurs si noires?

Les contempteurs de l'anesthésie allant jusqu'à supposer que les chirurgiens cachent les dangers de l'éthérisation, de peur d'en détourner les malades ou pour se ménager un plus grand nombre d'opérations, ne peuvent parler ainsi que par irréflexion. Y a-t-il un homme au monde, en effet, qui puisse trouver de l'agrément à porter le fer ou le feu sur son semblable, autrement qu'avec la ferme conviction de lui être utile ? Qui donc peut être plus intéressé au succès d'une opération que le chirurgien qui la pratique? Qui donc éprouve plus de satisfaction, plus de bonheur que le chirurgien, lorsque le malade confié à ses soins guérit sans obstacle? Qui donc est plus malheureux, au contraire, éprouve plus d'angoisses que l'homme de l'art, alors que des accidents ou des catastrophes viennent déjouer les plans qu'il avait conçus, lorsque ses opérés courent des dangers ou succombent ? J'en appelle sur ce fait à la conscience publique.

Est-il possible d'admettre, ensuite, qu'un chirurgien quelconque consente, de gaieté de cœur, à user d'un moyen si redoutable, s'il ne se croyait pas maître d'en gouverner l'action? Qui donc, enfin, doit le mieux connaître, à intelligence égale, ce que peut ou ce que ne peut pas l'éthérisation, des chirurgiens qui s'en servent tous les jours, qui l'ont appliquée plusieurs centaines de fois, ou de ceux qui l'accusent sur de vagues rumeurs, sans l'avoir expérimentée sérieusement ?

En somme, les opérateurs n'ont nul besoin d'amoindrir les inconvénients de l'anesthésie pour la répandre : en réalité, nous sommes bien plus souvent obligés de la refuser que d'y engager le malade. C'est à tel point, qu'à l'hôpital, hommes et femmes la réclament avec instance; que j'en ai vu se jeter à mes genoux et me supplier en pleurant de ne pas leur refuser

ce secours, se plaindre, avec amertume même, de ce que je ne voulais pas leur accorder ce qu'ils avaient vu mettre en usage chez tel ou tel camarade des lits voisins, quand par hasard j'ai trouvé l'éthérisation contre-indiquée.

On peut donc être parfaitement rassuré là-dessus. Les avantages de l'éthérisation n'ont nul besoin d'être exagérés ou embellis. Avec la connaissance que le public en a déjà, les chirurgiens n'en seraient guère partisans, que les malades sauraient bien nous forcer à en faire usage, et je ne crains pas d'être démenti par l'avenir en affirmant que c'est, dès à présent, un fait acquis dont l'art ne se dessaisira plus.

De nouvelles formules en seront données, on en variera les agents, elle se simplifiera sous l'influence du progrès naturel des sciences; mais l'éthérisation restera comme l'un des plus grands bienfaits dont la chirurgie ait doté le monde dans la première moitié du dix-neuvième siècle.

L'Académie de médecine vient de faire deux excellents choix, auxquels nous ne pouvons qu'applaudir. M. Bouchardat, pharmacien de l'Hôtel-Dieu, a été nommé dans la section de pharmacie par 59 voix, contre 39 données à M. F. Boudet; et M. Michel Lévy, médecin en chef du Val-de-Grâce, dans la section de pathologie médicale, par 55 voix, contre 34 données à M. Requin.

L'Assemblée législative a réduit de 10 à 9,000 francs les appointements des professeurs de la Faculté de médecine de Paris. Peu s'en est fallu que, dans sa verve économique, les Ecoles de Pharmacie ne fussent aussi sacrifiées; enfin, le traitement du bibliothécaire de l'Académie de médecine a été sérieusement menacé. En vérité, que prétend-on faire avec des économies aussi mesquines et aussi misérables?...

La Commission municipale de la ville de Paris a voté pour les dépenses d'achèvement de l'Hôpital de la République (clos Saint-Lazare), une somme de 600,000 francs, qui devra être consacrée à la reprise immédiate des travaux de construction, dès que la saison rigoureuse aura cessé. L'évaluation totale des dépenses a été fixée, dès 1845, à 5,384,667 francs. Il ne reste plus à dépenser que 1,700,000 fr. pour l'achèvement complet de ce bel établissement.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de notre honorable confrère, M. le docteur Lafont-Gouzy, ancien médecin des armées et professeur de pathologie de l'Ecole de médecine de Toulouse.

Nous apprenons que, par suite des changements introduits dans le personnel du service chirurgical de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, ce service est composé actuellement de la manière suivante : MM. E. Bermond et Yrigoyen, chirurgiens ordinaires; Eug. Soulé, chirurgien adjoint; Pouydebat, chirurgien suppléant; Chaumet, professeur de clinique chirurgicale, chargé de deux salles.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE LA PHLÉBITE SPONTANÉE ET DE SON TRAITEMENT.

Par M. le professeur FORGET, de Strasbourg.

Nos notions positives sur la phlébite ou inflammation des veines ne remontent qu'à J. Hunter, qui la décrivit en 1798 (1). Breschet la fit connaître en France en 1819. Mais bien que J. Hunter lui-même ait entrevu la phlébite spontanée ou de cause interne, l'attention des observateurs ne s'est guère fixée, depuis lors, que sur la phlébite traumatique ou de cause externe. Cependant, quelques observations de phlébite spontanée existaient disséminées dans les archives de la science, lorsqu'en 1842 je publiai les remarques suivantes : « Depuis quelques années plusieurs observations de phlébite spontanée et bien caractérisée se sont offertes chez nos malades. Nous en avons précédemment signalé un exemple chez un de nos phthisiques ! Eh bien ! dans aucun des trois faits de ce genre, qui s'offrent actuellement à notre mémoire, la suppuration et les accidents de la résorption ne se sont manifestés. Nous nous sommes demandé si le défaut de contact de l'air n'était pas la cause de cette bénignité de la phlébite spontanée et sous-cutanée, sans division de la peau. Toujours est-il que, maintenant, nous nous croyons autorisé à considérer comme peu grave ce dernier genre d'affection, comparé à celui où la veine enflammée est à découvert. » (Résumé de la cliniq. de la Fac. de Strasb. p. 56.) Ces remarques, ensevelies dans une brochure de province, ont passé inaperçues ; et quoiqu'il y eût dans cette esquisse tous les traits caractéristiques d'une nouvelle individualité morbide, M. Bouchut put croire exploiter un terrain vierge, lorsque, trois ans plus tard, en 1845, il publia, dans la Gazette médicale, son travail sur la *phlegmasia alba dolens non puerpérale.* Tout en étant d'accord sur les conséquences pratiques, nous différons pourtant en un point capital : c'est que M. Bouchut refuse de voir une phlébite primitive, dans cette affection qu'il attribue à la coagulation spontanée du sang veineux. Dans un Mémoire inséré dans la Gazette médicale, en 1847, j'ai relaté mes propres observations, et soutenu la cause de la phlébite

(1) On fait trop de cas de quelques passages d'Arétée, où l'on a prétendu reconnaître la phlébite. Sous le titre d'*inflammation de la veine cave*, il décrit une espèce de fièvre ardente qui ressemble beaucoup à notre fièvre typhoïde (*De caus. et sig. morb., lib. II, cap.* VIII), et au sujet des affections du foie, il décrit, sous le nom d'*inflammation de la veine porte*, l'hépatite pure et simple (*Ibid., lib. II, cap.* VII.)

primitive, par des arguments que je reproduirai plus loin en extrait.

Ce sujet, n'étant connu que par les documents qui précèdent, n'est pas encore entièrement acquis à la pratique. La plupart des observateurs considèrent la phlébite, quelle que soit sa cause, comme une maladie redoutable, donnant lieu, presque fatalement, à l'infection purulente, et à la mort par conséquent. C'est pour combattre ces préjugés que nous exposons ici les nouvelles observations que nous avons recueillies, et dont nous déduirons les règles relatives à la thérapeutique de cette affection.

Les éléments de notre dernière publication consistent en cinq cas de phlébite spontanée, dont une empruntée au *Bulletin de thérapeutique* (octobre 1846). Nos nouveaux faits sont au nombre de cinq : nous allons les résumer de manière à ne relater que les circonstances afférentes à notre objet.

Obs. I. Une fille de vingt-neuf ans, servante, déjà traitée de bronchite tuberculeuse, dans notre service, y rentre le 17 juillet 1848. Nous constatons une caverne sous la clavicule droite (matité, gargouillement, souffle caverneux, pectoriloquie) ; elle est soumise à l'usage des émollients et des calmants. Le sirop de baume de Tolu, la poudre de semences du *phellandrium aquatique* (un gramme dans quatre grammes de miel, à prendre en deux fois) sont mal supportés ; elle se soutient pendant quatre mois, la tuberculisation marchant lentement.

Le 9 novembre, elle accuse, pour la première fois, de la douleur au membre pelvien droit. Nous y découvrons un œdème notable, rénitent, sans rougeur, mais avec chaleur et sensibilité à la pression, vive surtout à la région inguinale. Cette douleur s'étend dans le trajet des vaisseaux jusqu'au creux poplité ; le réseau des veines sous-cutanées est manifestement développé ; le mouvement fébrile habituel paraît augmenté. (Dix sangsues au pli de l'aine, cataplasme laudanisé après les sangsues, potion avec sirop diacode, 30 grammes ; chiendent gommé, bouillon.) Les jours suivants l'œdème diminue ; agitation, insomnie. (Liniment d'huile de jusquiame laudanisé ; une cuillerée à café de sirop d'acétate de morphine, le soir.)

Le 29, douleurs persistantes, œdème stationnaire. (Onctions mercurielles sur la cuisse, cataplasme émollient.)

Le 1er décembre, point d'amendement, stomatite mercurielle. (On suspend les onctions mercurielles; gargarisme narcotico-émollient ; le [illegible] est placé sur un plan déclive, le pied plus élevé que le reste ; [illegible]plasmes émollients.)

[illegible] 7, on sent distinctement le cordon noueux et douloureux formé par la veine crurale ; l'œdème persiste dans toute l'étendue du mem-

*

bre, agitation. (Fomentations de décoction de guimauve et de pavot ; 15 centigrammes d'opium en trois pilules, dans la journée.)

L'œdème persiste dans les mêmes proportions, l'affection pulmonaire entraîne le marasme, et la malade succombe le 14 décembre.

Nécroscopie. Les poumons sont farcis de tubercules et criblés de cavernes au sommet ; les intestins sont parsemés d'ulcérations tuberculeuses.

Membre pelvien droit : l'œdème est considérable et limité brusquement au pli de l'aine. La veine iliaque primitive, l'iliaque interne et l'externe, la crurale et ses principales ramifications constituent une arborisation solide, cylindrique et noueuse ; elles renferment un caillot solide et adhérant presque partout aux parois veineuses. Ce caillot est jaunâtre à la périphérie et rougeâtre au centre. La veine et l'artère crurales adhèrent fortement entre elles et à leur gaîne par un tissu cellulaire de nouvelle formation ; nulle part il n'y a de pus ; les parois des veines oblitérées sont épaissies et résistantes à la section.

Il est impossible, je crois, de contester le caractère inflammatoire de ces lésions, reliquat d'une oblitération veineuse, de 25 jours de durée environ, et dont la nature phlemasique était si manifeste pendant la vie. On remarquera que, nonobstant l'acuité des symptômes, il n'y avait pas vestige de pus. L'intensité et l'étendue des lésions expliquent la résistance de la maladie au traitement rationnel.

Nous avons placé cette observation avant les autres, comme constituant un type de la maladie et de ses lésions anatomiques.

Obs. II. Une femme de trente-neuf ans, cuisinière, entre à la clinique le 4 février 1839, affectée de bronchite tuberculeuse avec laryngite. Une saignée générale, plusieurs saignées locales, les émollients et les calmants amenèrent une amélioration considérable.

Mais le 19, quinze jours après l'entrée, la malade accuse du gonflement au membre pelvien gauche ; elle en fait remonter l'origine à une application de ventouses faite à la cuisse, onze jours auparavant. L'œdème, réparti sur toute la longueur du membre, est très-prononcé. La veine saphène interne forme un cordon noueux qui, partant du tiers supérieur de la jambe, se prolonge jusqu'au pli de l'aine, où il se perd dans le canal inguinal ; la peau est légèrement rosée sur son trajet, qui est un peu sensible à la pression ; point de fièvre. (Saignée de 300 . 00, bain, onction mercurielle, looch, soupe au lait.) Les jours suivants, amélioration. (Onct. mercur.)

Le 27, le cordon veineux diminue graduellement : légères ecchymoses sur son trajet ; point de douleur à la pression. La résolution de la phlébite paraît effectuée. (Cessation des onctions.)

Peu de jours après, l'œdème est dissipé ; la veine est réduite à un léger cordon indolent ; on ne s'en occupe plus.

Mais la tuberculisation fait des progrès, la diarrhée se montre et persiste ; le marasme s'établit, et, en dépit de tous les moyens, la malade s'éteint, le 21 mars, quarante jours après l'invasion de la phlébite, vingt-cinq jours après sa résolution.

Nécroscopie. Tuberculisation, à tous les degrés, des deux poumons, ulcération du larynx, ulcères tuberculeux de l'intestin.

Membre pelvien gauche : la saphène interne représente un cordon sanguin qui occupe l'espace compris entre le genou et l'anneau crural. Ce caillot est jaunâtre et non adhérent, dans la plus grande partie de son étendue. Les parois veineuses ne paraissent pas notablement altérées.

Cette observation fait contraste avec la précédente, par le peu de gravité des symptômes et les caractères quasi-négatifs de l'autopsie. C'est qu'il s'agit ici d'une phlébite légère, promptement résolue et guérie depuis plus de trois semaines, lorsque l'autopsie a été faite. Ce qui explique pourquoi les traces d'inflammation avaient disparu, et pourquoi le caillot était presque entièrement libre dans son canal. S'autoriser de pareils faits pour nier la phlébite, ce serait ne pas tenir compte des périodes de la maladie, et du travail réparateur qui suit la guérison.

Obs. III. Une femme de trente-neuf ans, mère de plusieurs enfants, se disant bien réglée, avait toujours joui d'une bonne santé, dit-elle, lorsqu'il y a six semaines, elle ressentit des douleurs lombaires qui se propagèrent à l'hypogastre et plus particulièrement dans la région inguinale gauche. Ces douleurs allèrent en s'aggravant, et s'étendirent à tout le membre abdominal gauche, dont les mouvements devinrent pénibles, et qui se tuméfia en procédant de haut en bas. Des frictions médicamenteuses et quelques ventouses scarifiées sur le membre affecté ont été les seuls moyens mis en usage.

A son entrée à la clinique, le 1er juillet 1849, nous reconnaissons une phlébite spontanée du membre pelvien gauche, lequel est œdématié, douloureux à la pression, surtout dans le trajet des vaisseaux cruraux où l'on perçoit, dans la région inguinale, un cordon inégal, résistant et volumineux, qui se perd sous le ligament de Fallope. Au-dessus et en arrière de celui-ci, on perçoit une tuméfaction obscure, sensible à la pression, due à l'engorgement des glandes et du tissu cellulaire de cette région. La circonférence de la cuisse gauche offre dix centimètres de plus que celle de la droite. Sachant que la phlébite spontanée est ordinairement liée à une affection chronique, nous nous livrâmes à des

recherches minutieuses et finîmes par découvrir, en pratiquant le toucher vaginal, un carcinôme ulcéré du col utérin, lequel était volumineux, bosselé, végétant, sensible et saignant au toucher. Le corps de l'utérus paraît augmenté de volume, et son mouvement se transmet à la tumeur inguinale gauche.

Nous appliquons successivement plusieurs saignées locales à l'aine gauche, des cataplasmes émollients et anodins, les bains tièdes, des lavements, des boissons émollientes et la diète. Puis on a recours aux onctions mercurielles et aux doux laxatifs ; moyennant quoi la douleur disparaît, le membre diminue de volume ; et la guérison complète était prochaine, lorsque la malade, satisfaite de son état, demanda à sortir, onze jours après son entrée, ne conservant qu'un peu d'œdème du membre malade, dont la circonférence a diminué de six centimètres. Le carcinôme utérin et la tumeur inguinale persistent au même degré.

Rien, chez le sujet, n'indiquait l'existence du cancer utérin ; c'est la phlébite spontanée qui a mis sur la voie. La douleur initiale et continue, la rénitence, la chaleur du membre, les bons résultats des antiphlogistiques ne nous permettent pas de douter qu'il n'y ait eu réellement phlébite. Ici encore on voit avec quelle facilité les accidents se sont amendés.

Obs. IV. Un homme de soixante-sept ans, décrépit, affecté de catarrhe pulmonaire et d'entérite chronique, entre à la Clinique, le 14 juillet 1848. Il raconte obscurément qu'il y a huit jours, il ressentit de la douleur dans toute l'étendue du membre pelvien gauche, douleur bientôt suivie de tuméfaction. Tout le membre, depuis les orteils jusqu'à l'aine, est notablement infiltré. L'infiltration est molle mais douloureuse à la pression, surtout le long du trajet des vaisseaux cruraux. Rien du côté du cœur, du foie, de la rate, etc. ; les urines ne sont pas albumineuses. Crachats abondants et diarrhée ; point de fièvre. (20 sangsues à l'aine, looch avec extrait de digitale, 5 centigr. (Placer le membre sur un plan incliné.)

Le 17, le pied et la jambe sont sensiblement désenflés ; le gonflement et la douleur à la pression persistent à la cuisse. (Onctions mercurielles de deux en deux heures sur la cuisse, chiendent nitré, etc.)

Le 22, l'œdème est presque entièrement dissipé, la stomatite mercurielle se déclare, selles fréquentes. (Suspendre les onctions, gargarismes et lavements narcotico-émoll.)

Les veines supplémentaires cutanées se dessinent à la cuisse et au bas-ventre ; on perçoit dans la région inguinale un cordon constitué sur la veine crurale ; salivation intense. (Tisane de riz opiacée.)

Le 4 août, l'œdème n'existe plus, la stomatite est en voie de réso-

lution, la diarrhée persiste. Nous perdons le malade de vue à la fin d'août; il est guéri depuis longtemps de sa phlébite.

Ici la phlébite, datant d'environ huit jours lors de l'entrée, s'éteint graduellement dans l'espace de quinze jours; la douleur initiale, la persistance du cordon veineux, et le développement des veines supplémentaires nous paraissent caractéristiques d'une inflammation, et non d'une simple coagulation du sang. Les prompts résultats des antiphlogistiques viennent confirmer cette opinion.

Obs. V. Un homme de trente-six ans, cordonnier, chétif, anémique, entre à la clinique le 14 mai 1849 ; il se dit languissant depuis six mois. Il a ressenti des douleurs vagues dans les articulations des genoux et des pieds; il n'y a que douze jours qu'il s'est aperçu que le membre inférieur gauche était gonflé; la jambe, la cuisse, et même le scrotum et le prépuce sont considérablement tuméfiés, sans douleur notable à la pression. Le cœur, le foie, la rate, les reins, ne présentent rien de particulier. (Chiendent nitré, fomentations de teinture de seille et de digitale étendue d'eau, sur les parties infiltrées, soupes.) Les jours suivants, l'infiltration diminue sensiblement. (Traitement *ut suprà*, bains de vapeur.)

L'amélioration continue. (Fomentations de solution de sous-acétate de plomb liquide.)

Le 28. Le membre a repris à peu près son volume normal. On achève la résolution au moyen d'un bandage roulé ; alimentation substantielle.

Le 5 juin. Le malade guéri de son œdème sort, conservant son aspect chétif et anémique.

Ici la phlébite, moins aiguë que dans les cas précédents, paraît s'être greffée sur un rhumatisme vague chez une constitution détériorée. Le caractère comme passif de l'œdème pourrait faire douter de sa nature inflammatoire; mais les douleurs qui l'ont précédé, la localisation, la marche de la maladie ne laissent guère de doute à cet égard. Ici le défaut des symptômes aigus, la débilité du sujet contre-indiquaient les antiphlogistiques directs; les diurétiques, la compression, le repos ont suffi pour procurer une prompte résolution.

Tels sont les faits nouveaux que nous avions à produire ; essayons d'en tirer des inductions générales. Il y a quelques années que l'Académie de médecine agita la question de la nature de la *phlegmasia alba dolens*. L'avantage resta, ce nous semble, à l'opinion qui la fait dériver de l'inflammation des veines. Nous aurions donc pour nous au moins l'opinion générale, si les faits eux-mêmes ne parlaient assez haut pour nous donner gain de cause, contre ceux qui la feraient dé-

river d'une simple coagulation primitive du sang. Cette douleur initiale si constante, et qui se prolonge pendant toute la période d'acuité, les données de la nécroscopie, quoi qu'on en dise, enfin les résultats favorables du traitement antiphlogistique suffisent, je pense, pour confirmer notre opinion. D'ailleurs, nous ne pouvons comprendre cette coagulation spontanée du sang, résultat d'une dyscrasie sanguine, se produisant uniquement dans tel vaisseau, plutôt que dans tel autre, plutôt que partout à la fois. Nous ne saurions accepter cette coagulabilité du sang chez des sujets cachectiques, anémiques, dans les affections où le sang passe pour avoir perdu sa plasticité, comme dans la plupart des cachexies, dans la fièvre typhoïde, etc. Il nous semble, au contraire, que cette coagulation devrait être plus fréquente dans les maladies aiguës, inflammatoires, chez les sujets vigoureux. Cette coagulation localisée ne peut, dans aucun cas, résulter que d'une cause locale. Cette cause est la phlébite, comme l'ont démontré M. Cruveilhier et autres; c'est par des moyens dirigés contre la phlébite, et non contre une dyscrasie le plus souvent incurable, que l'on obtient la guérison, même assez prompte, de cette affection, etc., etc.

Pourquoi cette bénignité de la phlébite spontanée, comparée aux redoutables effets de la phlébite traumatique? Nous l'avons dit et prouvé dans notre précédent Mémoire : c'est, très-probablement, parce que la veine enflammée est soustraite au contact de l'air. On nous pardonnera ces considérations pathogéniques, si l'on songe qu'il était impossible de formuler un traitement rationnel avant d'avoir clairement établi la nature du mal dont nous voulons édifier la thérapeutique.

Il y a ordinairement, chez les sujets affectés de phlébite spontanée, ou de *phlegmasia alba dolens* non puerpérale, deux grands éléments distincts à considérer : 1° l'affection chronique à laquelle ils sont le plus souvent en proie ; 2° la phlébite intercurrente elle-même. L'affection chronique a son traitement à part, dont nous n'avons pas à nous occuper ici, si ce n'est au point de vue de la nécessité de le faire concorder avec celui de la phlébite accidentelle. Le plus souvent, l'état de faiblesse et de détérioration du sujet apporte des entraves ou des modifications à l'application énergique et rigoureuse du traitement antiphlogistique direct. Ceci posé, quel doit être le traitement de la phlébite spontanée? Celui de l'inflammation, bien entendu, en ayant égard aux circonstances accessoires, comme nous venons de le dire, puis aux caractères actuels de l'affection elle-même.

Alors que se produisent et tant que persistent les symptômes d'inflammation, douleur, chaleur, rénitence, fièvre, etc., les saignées générales quelquefois, les saignées locales le plus souvent, se trouvent

indiquées, *pro ratione virium*. On applique des sangsues sur le trajet de la veine ; on emploie concurremment les topiques émollients et calmants : cataplasmes de farine de graine de lin, de mie de pain, de fécule, fomentations de décoction de guimauve et de pavot, onctions huileuses, simples, laudanisées ou opiacées. Bientôt on arrive aux onctions mercurielles, renouvelées plusieurs fois dans la journée, sur le trajet des veines ou sur toute l'étendue des parties infiltrées. On usera d'onguent napolitain récemment préparé, avec ou sans addition d'opium (de 50 centigr. à un gramme par 30 grammes d'onguent). On prescrit en même temps toutes les boissons émollientes, tempérantes, nitrées, la diète légère, le repos, et la position déclive des membres. Voilà pour l'élément inflammatoire.

Lorsque l'inflammation n'existe pas, n'existe plus ou n'existe qu'à un léger degré, en un mot, lorsque l'élément œdème reste seul, on à peu près, on combattra celui-ci par les moyens usités contre les hydropisies en général, c'est-à-dire par les diurétiques (nitre, scille, digitale), les laxatifs (sels neutres), les bains de vapeur sèche ou humide, locaux ou généraux, les fomentations diurétiques (solution de teinture de scille et de digitale), les applications astringentes (solution d'extrait de saturne, eau acidulée); les toniques même, à l'intérieur et à l'extérieur, peuvent trouver leur application dans les cas de débilité générale et locale. Ici reparaissent le repos et la position déclive, et, comme moyen de hâter la résolution, la compression circulaire exercée au moyen d'un bandage roulé, régulièrement appliqué depuis les orteils jusqu'à l'aine ou jusqu'aux limites supérieures de l'œdème.

Non-seulement ce traitement méthodique et rationnel suffit dans la plupart des cas, mais encore, telle est la bénignité ordinaire de la maladie, que, souvent, l'emploi des remèdes est à peu près superflu, et qu'il suffirait du repos, du régime et de quelques topiques résolutifs, pour que la maladie parcourût favorablement ses périodes normales et se résolût pour ainsi dire spontanément ; car l'inflammation s'épuise d'elle-même, et l'infiltration, que semblerait devoir perpétuer l'oblitération veineuse, trouve une solution dans le réseau de veines supplémentaires dont la formation est entièrement l'œuvre de la nature. Voilà ce qui, certainement, eût été qualifié de paradoxe ou même d'hérésie dangereuse, avant les observations publiées par moi et M. Bouchut, observations qui ont consacré l'extrême différence qui existe entre la phlébite spontanée et la phlébite traumatique, au triple point de vue de la marche, des terminaisons et du traitement.

Ce n'est pas que, dans certains cas très-rares, à ce qu'il paraît, la

phlébite spontanée ne puisse suppurer et entraîner l'infection purulente et la mort. Ce sont précisément ces cas possibles qui servent de motif à nos préceptes thérapeutiques. Ce travail, en effet, a été conçu dans le double but de rassurer les praticiens contre la terreur qu'inspire le seul nom de phlébite, et de les armer contre les graves éventualités qui pourraient exceptionnellement s'offrir à leur observation.

FORGET.

DU CHLOROFORME DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES CUTANÉES ET DANS QUELQUES AFFECTIONS NERVEUSES.

Par M. DEVERGIE, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Lorsque la thérapeutique s'enrichit d'un médicament nouveau, chaque médecin s'empresse d'en apprécier la valeur dans la sphère de ses moyens, afin de savoir le parti qu'il en pourra tirer dans sa pratique médicale. C'est à ce point de vue que j'ai expérimenté le chloroforme à l'hôpital Saint-Louis et dans ma pratique particulière. Cet agent n'est pas seulement un anesthésique puissant; sa volatilisation si facile doit le faire placer à côté de l'éther, de l'ammoniaque et de tous les corps en un mot qui ont la faculté de soustraire, en très-peu de temps, à une partie irritée ou enflammée une somme de calorique très-considérable.

J'ai expérimenté le chloroforme dans l'hystérie, d'une part, et dans le traitement des affections cutanées, de l'autre. C'est sous ce double rapport que je vais tracer ici les résultats que j'en ai obtenus.

Une demoiselle de dix-neuf ans, dans une grande aisance, avait depuis deux ans des accès hystériques qui se reproduisaient trois, quatre ou cinq fois par mois. Plusieurs traitements avaient été employés; divers médecins avaient été appelés en consultation, et la thérapeutique préconisée en définitive, c'était le mariage. Cette demoiselle était en outre affectée, depuis quinze mois, d'un lichen de la figure, du cou et des mains, et c'est après plusieurs médications employées sans succès, que je fus invité à lui donner des soins.

Mon attention fut d'abord portée tout entière sur le lichen; les accès hystériques ne m'étaient présentés par les parents que comme affection secondaire, et en dehors de ma pratique la plus habituelle. Après plusieurs mois de traitement, l'affection de la peau fut complétement guérie, et c'est alors, qu'en présence d'un succès, on appela mon attention toute particulière sur les accès d'hystérie. Je crus d'abord remarquer qu'il existait une certaine régularité dans leur succession, et j'administrai le sulfate de quinine. Il parut éloigner les accès, mais bientôt diverses émotions les reproduisirent avec plus

d'intensité ; je fus témoin de plusieurs d'entre eux. C'était l'hystérie au deuxième degré, avec perte de connaissance, mouvements désordonnés, convulsions et secousses générales du corps ; l'accès durait plusieurs heures. En cet état, je me rendis auprès de la malade à l'accès suivant : il durait depuis un quart d'heure lorsque j'arrivai. Je versai sur un mouchoir 12 à 15 gouttes de chloroforme, et je forçai la malade à respirer, sans toutefois fermer la bouche. Au bout de quelques minutes elle tomba dans une sorte de collapsus, s'endormit paisiblement, et depuis plus d'un an que ce moyen a été employé, les accès n'ont pas reparu.

Dans plusieurs autres circonstances analogues, mais où les accès étaient moins forts, les accidents hystériques ont été enrayés en peu de temps, à l'aide d'une potion dans laquelle je faisais entrer 12 gouttes de chloroforme pour 60 grammes de liquide, en sorte que je suis porté à considérer cette substance comme un antispasmodique beaucoup plus puissant que l'éther, fait d'ailleurs déjà signalé. On sait quels services il a rendus à l'égard des douleurs névralgiques. Des frictions faites avec une pommade ayant pour base le chloroforme, à la dose de 4 grammes pour 30 grammes d'axonge, apaisent les douleurs avec beaucoup de rapidité.

Une dame était, depuis plusieurs années, sujette à des douleurs de névralgie faciale des plus intenses. Sa santé en avait été fortement altérée. Déjà elle s'était fait arracher plusieurs dents sans succès, et cependant elle se décida à en faire enlever une nouvelle, parce qu'elle rattachait à sa mauvaise dentition, qui est d'ailleurs commune à ses frères, les douleurs qu'elle éprouvait. Elle se rend chez son dentiste et le prie de la chloroformiser. L'état anesthésique opéré, la dent est arrachée. Or, depuis plusieurs mois que cette avulsion a eu lieu avec le concours du chloroforme, et quoiqu'il reste encore plusieurs dents gâtées, voisines de celles arrachées, la névralgie a totalement disparu.

Je crois que bon nombre de praticiens pourraient citer comme moi des faits analogues.

J'arrive maintenant à l'application du chloroforme au traitement des maladies de la peau. Il résulte des essais que j'ai tentés à cet égard que le chloroforme est, au point de vue de la peau malade, sans efficacité marquée. Seulement il peut, dans un certain nombre de cas, calmer certains symptômes de la maladie, la démangeaison, par exemple. A cet égard, il a peu d'action sur l'eczéma et sur l'herpès, mais il n'en est pas de même pour les autres maladies prurigineuses, le lichen et le prurigo. Or, c'est déjà un moyen d'arriver à la guérison que d'atténuer, sinon de faire disparaître complétement,

un des symptômes dominants d'une affection cutanée si incommode que le prurigo partiel ou général. La démangeaison calmée, le grattage n'a pas lieu de la part des malades, et l'absence de grattage place la maladie dans des conditions bien plus favorables à la guérison. Ne sait-on pas quelle est l'intensité de la démangeaison du *prurigo pudendi* ou du *prurigo de l'anus?* Certains malades affectés de prurigo général s'endorment une heure ou deux au plus, puis ils sont réveillés par les démangeaisons que fait naître la chaleur du lit; ils se découvrent, se promènent dans leur chambre, s'étendent sur le carreau pour y trouver la fraîcheur qui, seule, apporte quelque soulagement aux démangeaisons qu'ils ne calment que par un grattage soutenu jusqu'au suintement sanguinolent des papules du prurigo. Ils se recouchent, trouvent un peu de sommeil pour se réveiller bientôt, et c'est à l'aube du jour seulement, qu'épuisés par la souffrance et la fatigue, ils reprennent un peu de calme et de sommeil.

Dans cette maladie, non-seulement le chloroforme calme les démangeaisons comme le camphre, mais, ainsi étendu à la surface de la peau, il se volatilise, et ses émanations agissent sur tout le système nerveux et procurent parfois, de cette sorte, l'engourdissement et le sommeil.

C'est à ce dernier point de vue que j'accorderais quelque supériorité au chloroforme sur le camphre ; car je dois dire que, comme calmant de la démangeaison, je ne serais pas porté à lui reconnaître une grande supériorité sur ce dernier agent ; ses effets ne sont pas d'ailleurs toujours certains au point de vue de l'efficacité du moyen. Lorsque j'expérimentais ce médicament sur une grande échelle, j'avais deux malades atteints de prurigo de l'anus, dans la même salle, et presque vis-à-vis l'un de l'autre. La maladie de l'un fut notablement amendée par la pommade chloroformée et en peu de temps. Chez l'autre la même pommade ne produisit aucun résultat, et cependant on peut dire qu'il y avait apparence d'identité morbide chez l'un et chez l'autre.

En résumé, on peut, suivant moi, considérer le chloroforme, au point de vue des affections cutanées, comme un médicament tout à fait assimilable au camphre, comme sédatif des démangeaisons. Il a sur lui l'avantage d'agir sur le système nerveux en général par l'atmosphère dans laquelle il place les malades, et il est plus sédatif que lui. Mais, d'un autre côté, il a sur la peau une action résolutive moins marquée.

Comme le camphre, il peut être employé avec succès dans toutes les affections papuleuses. En dehors de ces affections, il ne peut rendre, suivant moi, presque aucun service dans les autres maladies de la peau.

Je compose ordinairement les pommades chloroformées de 2 à 3 grammes de chloroforme pour 30 grammes d'axonge.

A. Devergie.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR L'ÉLECTRICITÉ APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DE LA PARALYSIE DE LA VESSIE.

Par M. le docteur Michon, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

Ce qui caractérise surtout notre époque, ce sont les recherches patientes et laborieuses. Des faits qui, autrefois, eussent passé inaperçus sont aujourd'hui poursuivis dans leurs conséquences les plus reculées; et grâce à ce travail d'analyse, on est arrivé à des résultats inespérés, avec des moyens dont nos prédécesseurs avaient à peine entrevu l'utilité. Prenons pour exemple l'application de l'électricité au traitement de la paralysie de la vessie. On trouve bien dans quelques auteurs classiques déjà anciens, et en particulier dans Chopart, des traces de ce moyen de traitement; mais, en même temps qu'elles établissent l'emploi de l'électricité contre la paralysie de la vessie, et la manière dont on s'en est servi, elles laissent apercevoir le peu de confiance que les chirurgiens, et Chopart lui-même, lui accordaient. Aussi l'application de l'électricité au traitement de cette maladie n'est-elle pas même mentionnée dans les auteurs classiques, même les plus modernes; et cependant, comme on va le voir, par les observations que M. Michon a communiquées à la Société de chirurgie, cette application de l'électricité possède une véritable efficacité contre la paralysie de la vessie, maladie trop souvent rebelle, quelquefois grave, et contre laquelle nous ne possédons malheureusement aucun moyen d'une efficacité constante.

Obs. I. Claude Peroschier, colporteur, âgé de soixante-sept ans, d'une taille élevée, bien constitué, mais affaibli probablement par les quelques jours de maladie qui avaient précédé, entra à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, n° 20, le 9 octobre 1848. Le 1er octobre, huit jours auparavant, il avait fait une course à une des barrières, et bu modérément du vin avec trois de ses amis. Rentré chez lui le soir bien portant, il fut pris pendant la nuit d'envies pressantes d'uriner et d'aller à la garderobe, sans pouvoir satisfaire ni l'un ni l'autre de ces besoins. Après cette nuit agitée il envoya, lorsque le jour fut venu, chercher un médecin qui le sonda, et retira de la vessie une quantité considérable d'urine, lui fit faire une application de vingt-cinq sangsues au périnée, et lui prescrivit des frictions excitantes sur la région hypogastrique. Il fut soumis à ce traitement pendant huit jours, et sondé soir et matin, ne rendant pas une goutte d'urine

dans l'intervalle. Comme il n'éprouvait pas d'amélioration, il vint à l'hôpital et fut reçu dans mon service.

A son entrée il était dans l'état suivant : impossibilité absolue d'uriner sans le secours de la sonde, difficulté très-grande d'aller à la garderobe. Il n'avait pas de fièvre, pas de douleurs, si ce n'est le malaise produit par la distension de la vessie. Il fut sondé, et l'urine fut évacuée le jour de son entrée à l'hôpital.

Le lendemain 10, à ma visite du matin, une nouvelle quantité d'urine s'était accumulée dans la vessie, dans la soirée de la veille et pendant la nuit. La vessie formait une tumeur globuleuse à la région hypogastrique, elle faisait aussi saillie du côté du rectum. J'introduisis avec facilité une algalie d'argent d'un gros calibre, et j'évacuai plus d'un litre d'une urine assez foncée, ayant l'odeur d'urine prononcée. Le liquide s'écoula par un jet, mais peu prononcé, qui s'éteignit bientôt à mesure que la vessie se désemplissait; il fut nécessaire de presser sur la région hypogastrique pour achever de vider ce réservoir. L'urètre était libre, je n'avais trouvé aucune espèce d'obstacle au passage de la sonde. Le doigt indicateur introduit dans le rectum me faisait reconnaître que la prostate était saine, et que sous le rapport de ses dimensions et de sa consistance, elle était dans l'état normal. L'exploration que je venais de faire de la vessie, et par la sonde et par l'hypogastre, m'avait appris aussi que les parois en étaient saines, et que cette poche ne contenait pas de corps étranger, pas de tumeur; je portai comme diagnostic, paralysie de vessie. Ce diagnostic était d'ailleurs corroboré par la manière dont l'urine était sortie; il restait à savoir quelle était la cause de cette paralysie. Sous ce rapport les renseignements fournis par le malade étaient tout à fait négatifs : il avait toujours joui d'une bonne santé, et n'avait, à aucune époque de sa vie, présenté de symptômes d'affection de l'axe cérébro-spinal. Les questions que je lui adressai ne me conduisirent pas non plus à savoir de lui si, plusieurs semaines ou plusieurs mois avant l'accident qui venait de lui arriver, il n'avait pas vu le jet de son urine diminuer et sa vessie se vider incomplétement. Son attention n'avait pas été fixée sur ce point. Il n'est pas déraisonnable de penser toutefois que les choses se sont passées de la sorte, et que cette paralysie, commencée par l'effet de l'âge et la distension des fibres de la vessie, est devenue complète à l'occasion de la course que ce malade avait faite, et du vin pris en quantité un peu plus grande que d'habitude. Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, la paralysie était complète, et les fibres de la vessie avaient presque totalement perdu leur ressort. Le malade fut mis à des boissons adoucissantes, à des lavements laxatifs, avec la recommandation à l'interne du service de sonder deux fois le malade dans les vingt-quatre heures.

Le lendemain 11, le malade avait souffert pendant la nuit de la plénitude de sa vessie; malgré les inconvénients attachés à la présence d'une sonde à demeure, je me déterminai à en introduire une en gomme élastique et à la laisser, parce que le malade n'avait pas été sondé un nombre de fois suffisant, qu'on avait laissé distendre sa vessie, que cette distension ne pouvait qu'accroître la paralysie, que l'urine me sembla avoir contracté une odeur plus fétide, et aussi, je dois le dire, pour que le malade, exposé aux changements fréquents de chirurgien pendant l'absence de l'interne du rang, ne courût pas les chances de lésions de l'urètre assez fréquentes

dans les cathétérismes, même faciles, mais pratiqués par différentes mains. Les dernières gouttes de l'urine étaient troubles, je fis une injection d'eau tiède de 250 grammes environ, et après avoir fait ressortir cette injection, je recommandai au malade d'ouvrir sa sonde toutes les trois heures pour uriner. Des injections d'eau tiède furent faites matin et soir pendant une huitaine de jours, sans qu'on aperçût aucune amélioration. Le malade fut mis à l'usage de l'eau de Vichy, un vésicatoire fut appliqué sur la région hypogastrique, et après la dessiccation du vésicatoire, des frictions furent faites avec un liniment excitant cantharidé sur l'hypogastre et sur les cuisses. Ces moyens n'eurent pas plus de succès, et dans les premiers jours de novembre, le 6, le malade fut pris de frissons, de vomissements, les urines devinrent plus fétides, ammoniacales, et le dépôt puriforme plus abondant. Je retirai la sonde; des bains, des cataplasmes émollients sur le bas-ventre calmèrent les accidents fébriles. Cependant les urines restaient ammoniacales : des injections acidulées furent faites matin et soir dans la vessie, et sous leur influence l'urine devint moins fétide, et la quantité du dépôt puriforme diminua; mais la rétention d'urine n'en persistait pas moins, aussi complète que le premier jour. Ce traitement fut ainsi continué sans autre résultat que celui de rendre la décomposition de l'urine moins complète qu'auparavant; elle contenait toujours du pus avec des alternatives en plus ou en moins. Les choses arrivèrent ainsi jusqu'à la fin de novembre : le malade dépérissait, perdait ses forces, je songeai à prendre d'autres routes. Le seigle ergoté, dont je venais de lire dans l'excellent travail du docteur Allié de Marcigny les bons effets thérapeutiques, était dans ma mémoire; je songeais aussi à l'ectricité. La fièvre qui revenait de temps en temps, la présence du pus dans les urines, me firent donner la préférence à ce dernier moyen, me réservant de revenir au seigle ergoté si j'échouais dans l'essai que je voulais faire.

Dans les premiers jours de décembre je procédai de la manière suivante : une sonde d'argent fut introduite dans la vessie, une sonde de femme conduite dans le rectum fut appuyée contre la paroi recto-vésicale. La vessie étant vidée, chacune de ces sondes fut mise en communication avec un des pôles d'une machine électrique des frères Breton. La machine, mise en mouvement d'abord avec lenteur, fut conduite avec plus d'activité pendant deux ou trois minutes. Le malade n'éprouva pas de douleur, il ressentit à peine quelques picotements; on fut obligé de le sonder deux fois dans les vingt-quatre heures qui suivirent. Le lendemain je recommençai la même opération et de la même manière ; le malade ressentit plus vivement le picotement, mais dans le rectum seulement; il n'éprouva rien dans la vessie. Je fis une troisième séance semblable aux deux premières le jour suivant; le malade éprouva pendant la durée de l'électrisation les mêmes sensations, et, comme les premières fois, toute espèce de douleur cessa aussitôt après. Dans la nuit il sentit le besoin d'uriner et le satisfit assez facilement sans le secours de la sonde. A la visite du matin, je le trouvai debout à son lit, sa figure était épanouie; il me montra l'urine qu'il avait rendue, il y en avait plus de la moitié d'un crachoir. A dater de cet instant le malade n'eut plus besoin d'être sondé; cependant, et cela pendant trois jours encore, je fis des électrisations semblables aux précédentes : elles n'en différèrent qu'en ce que le malado donna des signes de sensibilité plus vive, et que pendant leur durée quelques gouttes d'urine

furent expulsées par la sonde, à mesure qu'elles arrivaient dans la vessie. Dans l'intervalle les urines étaient rendues à volonté et sans difficulté; elles perdirent rapidement l'odeur ammoniacale et devinrent limpides. Le malade cessa d'avoir de la fièvre, il reprit promptement ses forces; je le gardai néanmoins environ trois semaines encore pour bien m'assurer de la réalité de sa guérison; pendant tout ce temps il n'éprouva pas le moindre dérangement dans le cours de ses urines. Il sortit de l'hôpital le 23 décembre 1848.

Trois semaines après sa sortie, il est revenu à l'hôpital comme nous l'avions engagé à le faire, la guérison s'était parfaitement maintenue. I n'est peut-être pas inutile de dire que pendant la durée de l'électrisation j'ai eu constamment le soin de ne pas toujours laisser la sonde vésicale en contact avec le même point de la surface de la vessie, et que je l'ai, au contraire, conduite doucement dans les différentes régions de cet organe.

Tels sont les résultats de la première tentative que j'ai faite; ces résultats répondent, dans mon esprit du moins, à plusieurs objections. Le malade était âgé de soixante-sept ans, la paralysie était complète, elle datait de deux mois; sa résistance pendant tout ce temps aux traitements réputés les plus efficaces par la plupart des auteurs dans les affections de ce genre, à la sonde, le moyen par excellence aux yeux de Desault, aux injections préconisées surtout dans ces derniers temps, aux vésicatoires, aux frictions stimulantes, n'établissait assurément pas qu'elle était incurable, mais au moins qu'elle était difficile à guérir. Et qui ne serait frappé par le contraste des deux traitements? Deux mois d'un côté sans aucune amélioration; loin de là, le malade dépérit, il a des accès de fièvre irréguliers, et si la paralysie de la vessie ne peut pas encore être réputée incurable par les moyens ordinaires, elle menace d'emporter le malade par la mauvaise nature des urines et l'état fâcheux de la membrane muqueuse vésicale produit par cette rétention. De l'autre côté, en trois jours, je puis dire après neuf minutes d'un traitement assez peu douloureux, le malade commence à uriner à volonté; six minutes de traitement encore, et la guérison est établie, confirmée. Une autre chose aussi m'avait préoccupé dans le traitement de ce malade, je veux parler de la fétidité et de la purulence des urines; l'un et l'autre de ces accidents ont disparu sans retour presque en même temps que la paralysie.

Cette heureuse terminaison doit-elle être entièrement attribuée au rétablissement du cours des urines sous l'influence de la volonté, ou bien l'électricité appliquée à la surface interne de la vessie agirait-elle à la manière de certaines injections stimulantes caustiques employées avec efficacité contre des affections catarrhales de la vessie? Je ne suis pas en mesure de répondre à cette seconde question, et je me propose bien d'en tenter la solution à la première occasion qui me sera donnée; en

attendant, je suis porté à penser que l'une et l'autre cause ont contribu à la guérison de cette complication.

Obs. II. Quelques jours après la sortie de ce premier malade, fut couché, également salle Saint-Louis, n° 38, à l'hôpital de la Pitié, le nommé Poulard (Edme), homme de peine, âgé de soixante-cinq ans. C'est un homme d'une taille élevée, assez bien musclé. Ancien soldat de l'Empire, il a reçu deux blessures dont les suites n'ont pas eu d'influence fâcheuse sur sa santé; elle a été presque constamment bonne. Il n'a jamais eu ni blennorrhagie ni maladie vénérienne. Il a eu trois fois la gale. Il raconte qu'en 1844, étant balayeur des rues, il fut exposé pendant deux jours entiers à une pluie continuelle; il fut pris subitement, et sans autre cause appréciable, d'une rétention d'urine complète. Le médecin qu'il fit appeler ne vint qu'au bout de deux jours; pendant tout ce temps le malade n'urina d'aucune façon. Le médecin ne le sonda pas, il se contenta de lui ordonner un bain et de lui prescrire de la tisane. Il urina dans le bain, et depuis ce temps il se sentit soulagé et retourna à son travail. La rétention d'urine n'avait pas cédé complétement; le malade urinait, mais goutte à goutte et difficilement, et bien que la vessie se vidât probablement très-mal, il n'urinait malgré lui ni dans son lit, ni dans son pantalon. Cet état de choses dura pendant cinq ou six jours, la rétention redevint de nouveau complète, et Poulard entra à l'hôpital des Cliniques. Il fut sondé trois fois par jour, il prit des tisanes. Son état s'améliora, et au bout de cinquante jours de ce traitement, quoique n'étant pas encore tout à fait guéri, le malade voulut quitter l'hôpital; il sortit emportant une sonde dont il se servait quand il avait besoin d'uriner. Il se sonda ainsi pendant huit jours, au bout desquels l'usage de la sonde devint inutile et Poulard put reprendre ses travaux. Depuis cette époque, jusqu'au mois de décembre 1848 sa santé resta parfaite. Dans la dernière quinzaine de décembre il fut pris d'une courbature générale, d'un malaise qu'il ne put rapporter à aucune cause à lui connue. Il n'a pas été, comme la première fois, exposé à l'humidité. Son travail consiste actuellement à tourner une roue chez un coutelier. Ainsi mal disposé, le 1er janvier 1849, après avoir déjeuné sobrement, il voulut uriner et fut surpris de ne pouvoir le faire ; il fit de longs et inutiles efforts; il alla à la garderobe à plusieurs reprises, espérant toujours pouvoir uriner en même temps. Toutes ces tentatives furent vaines, il fut obligé d'envoyer chercher un médecin, qui le sonda plusieurs fois, et qui lui donna le conseil d'entrer à l'hôpital.

C'est le 5 janvier que Poulard entra à la Pitié dans l'état suivant : impossibilité complète d'uriner, absence totale du moindre symptôme de paralysie dans le tronc et dans les membres. La sonde introduite arrive assez facilement dans la vessie; on constate par le toucher un état pathologique dans la glande prostate. Le lobe droit est hypertrophié et fait saillie dans le rectum, il est d'une consistance plus dure que le reste de la glande ; cette glande est d'ailleurs large de 7 ou 8 centimètres et haute de 5 ; son diamètre antéro-postérieur paraît normal. Le malade est sans fièvre. Cathétérisme deux fois par jour, chiendent nitré, trois portions.

Dès l'entrée de ce malade à l'hôpital, j'avais résolu de le soumettre au même traitement que le précédent; mais je voulais auparavant m'assurer moi-même et faire constater aux assistants que la rétention d'urine était bien réelle et complète. Pendant trois jours, chaque matin, la vessie dis-

tendue put être sentie formant un globe au-dessus du pubis ; vainement le malade essaya d'uriner, les efforts de la volonté furent impuissants ; chaque matin, je retirai par la sonde environ un litre d'une urine limpide et sans dépôt ; cette urine ne sortait point par un jet, mais tombait presque de l'extrémité de la sonde. Le 9, je soumis, pour la première fois, la vessie à l'action de l'électricité ; je procédai, comme chez le malade de la première observation, en introduisant une sonde dans la vessie et une autre dans le rectum ; chacune de ces sondes fut mise en rapport avec les fils conducteurs de l'appareil Lebreton ; la séance dura trois minutes, pendant lesquelles le malade ne ressentit qu'une douleur assez vive dans le rectum, et, par intervalles, quelques légers picotements dans la verge. Le soir, il eut encore besoin d'être sondé, et l'urine s'écoula par la sonde, comme précédemment, c'est-à-dire sans jet prononcé.

Le 10 janvier, nouvelle séance d'électricité, semblable à celle de la veille. C'est encore dans le rectum que se font sentir les principales douleurs ; comme la veille, elles cessent avec l'action de la machine. Le soir, on fut encore obligé de pratiquer le cathétérisme ; mais, cette fois, l'élève qui le pratiqua crut remarquer que le jet était lancé avec plus de force que les jours précédents, bien qu'il y eût moins d'urine dans la vessie. Pendant la nuit, le malade eut des envies d'uriner assez fréquentes, et remplit à plusieurs reprises, sans sonde, deux crachoirs.

Le 11, troisième séance. Le malade accuse, pendant le passage du courant électrique, de la douleur dans le rectum, et, de plus, la sensation qu'on éprouve dans l'urètre en urinant. De temps en temps, la vessie se contracte énergiquement, et, quoiqu'elle eût été préalablement vidée, elle projette au dehors, à plusieurs reprises, les quelques gouttes d'urine restantes ou qui y arrivent. Le soir, le malade avait uriné librement ; on ne le sonda plus.

Le 12, quatrième et dernière séance. Le malade éprouve les mêmes sensations que dans la précédente ; il urine de mieux en mieux, et se trouve ainsi guéri après quatre séances d'électricité ; chacune d'elles avait duré de trois minutes à trois minutes et demie.

J'ai gardé ce malade du 12 au 31 janvier ; pendant ce temps, la guérison ne s'est pas démentie un seul instant ; il est sorti de l'hôpital le 31 janvier 1849.

Malgré la complicatinn d'un certain degré d'engorgement de la prostate, il est impossible de méconnaître dans cette observation les symptômes et les effets d'une paralysie de la vessie. Tous les chirurgiens savent du reste combien est fréquente la coexistence de ces deux affections. Il n'est pas impossible que l'obstacle qu'oppose la prostate tuméfiée à l'émission complète de l'urine amène, par la distension des fibres de la vessie, l'affaiblissement et la paralysie. Quelle que soit l'explication qu'on en veuille donner, le fait est constant et n'est pas rare. Au reste, ici comme dans la première observation, même rapidité dans la guérison ; la vessie a donné plus promptement des signes de sensibilité ; mais si la torpeur de cet organe est moins profonde que dans le premier cas, il est à craindre que la guérison ne soit de moins longue durée, à cause

de la disposition de la prostate; peut-être que chez ce malade l'usage de la sonde et celui des injections dans la vessie auraient triomphé après un temps plus ou moins long; c'est du moins ce que j'ai observé quelquefois et non constamment dans des cas analogues; mais ce qu'on peut affirmer, c'est que par aucune espèce de traitement la guérison n'eût été aussi prompte, accompagnée d'aussi peu de souffrance et de difficultés.

Les deux observations que je viens de vous faire connaître, la première surtout, avaient dépassé mes espérances; j'aurais voulu multiplier rapidement les tentatives du même genre, pour pouvoir confirmer ou infirmer les résultats que je venais d'obtenir; les occasions ne m'en ont pas été données. Notre ami M. Monod a bien voulu mettre, de son côté, le même moyen en usage; voici la première observation que je dois à son obligeante amitié.

Obs. III. M. Coreau, âgé de quatre-vingt-neuf ans, d'une constitution encore vigoureuse, entre à la Maison de santé dans le service de M. Monod, vers le 10 janvier 1849. Cet homme, actuellement sans emploi, fit dans le cours de sa vie plusieurs maladies; il affirme n'avoir jamais eu aucune affection syphilitique ni blennorrhagique. Il y a quinze ans, il fut pris, sans qu'il puisse en savoir la cause, d'une rétention d'urine pour laquelle il fut sondé un grand nombre de fois; il ne se rappelle pas à quel traitement il fut soumis, ni quelle fut la durée de cette rétention, dont il fut guéri complètement. Il y a trois ans, le même accident se reproduisit, et, comme la première fois, disparut sans laisser de trace, après un traitement sur lequel le malade ne dit rien de précis.

Vers le 10 janvier, il fut reçu à la Maison de santé; il se présenta à nous avec une énorme tumeur hypogastrique, due à la distension de la vessie. Le cathétérisme fut pratiqué facilement avec une sonde d'un gros calibre; aucune tumeur n'était appréciable du côté de la prostate. Il sortit de la vessie une quantité considérable d'urine, claire d'abord, mais purulente à la fin.

Le malade fut traité de sa paralysie de vessie par des bains et des cataplasmes émollients, des boissons diurétiques, le tout sans succès.

Le cinquième jour de son entrée, M. Monod prescrivit l'application de l'électricité. D'abord, les deux pôles de la pile furent réunis sur la région hypogastrique et promenés à sa superficie. Les deux premières applications n'eurent pas de résultat. La troisième se fit au moyen d'une algalie en étain introduite dans la vessie et en communication avec l'un des pôles de la pile; l'autre pôle était promené sur l'hypogastre. Quelques gouttes d'urine furent rendues ce jour-là, mais la vessie ne put se vider complètement d'elle-même. Les deux dernières applications, c'est-à-dire la quatrième et la cinquième, se firent au moyen de deux algalies enfoncées, l'une dans la vessie, l'autre dans le rectum, et mises en communication chacune avec un des pôles de la pile.

Le malade supporta ces opérations avec peine; elles n'eurent, du reste, aucun résultat immédiat: la vessie resta impuissante deux jours encore; mais le cinquième jour le malade urina de lui-même et put vider complétement la vessie; il en fut de même les jours suivants. Depuis lors, la contractilité de la vessie ne s'est point démentie. Le malade était encore dans

les salles de M. Monod le 8 février. Il faut noter qu'à la suite de la cinquième application, il a éprouvé des symptômes de cystite.

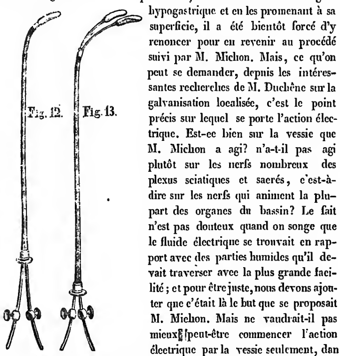
Dans cette observation, l'âge du malade n'est point une circonstance indifférente ; tous les chirurgiens savent que la vieillesse est une des causes les plus communes de la paralysie de vessie et de l'espèce la plus difficile à guérir. Plusieurs détails de cette observation lui donnent encore une haute importance. Non-seulement, comme conclusion finale, le malade a guéri, et à ce point de vue ce fait se rapproche entièrement des deux observations qui m'appartiennent ; mais, en outre, je ne puis passer sous silence les deux modes d'électrisation différents auxquels ce malade a été soumis. Les effets ont été nuls tant que l'électricité n'a agi que sur les filets nerveux de la vie animale. Aussitôt que les deux ordres de nerfs ont été stimulés par l'action électrique, quelques résultats ont commencé à se montrer. En somme, il n'a fallu que trois séances complètes pour amener la guérison, bien que cette guérison n'ait été achevevée que le troisième jour après la dernière.

Obs. IV. M. Monod m'a encore fait part oralement d'une observation de paralysie de vessie guérie également par l'électricité, chez une femme de cinquante-sept ans, affectée de paralysie de la vessie à la suite d'empoisonnement par la vapeur de charbon. Dans ce cas, les sondes furent placées l'une dans la vessie, et l'autre sur la paroi vésico-vaginale. Je retrouve dans la Lancette du 17 février 1849 quelques détails sur cette observation. La paralysie persistait depuis dix jours, lorsque M. Monod en entreprit le traitement; une seule application a suffi pour amener la guérison; sans aucun doute que, si on en juge par analogie avec les paralysies des autres parties du corps consécutives à l'empoisonnement carbonique, cette paralysie se fût dissipée spontanément avec le temps. La thèse de M. le docteur Bourdon contient un certain nombre d'observations à l'appui de cette proposition ; mais il me paraît impossible de refuser à l'influence de l'électricité la rapidité de la guérison, et c'est encore un assez beau résultat que d'épargner à un malade des jours et peut-être des semaines de souffrance et d'infirmité.

Les faits qui précèdent mettent hors de doute l'efficacité de l'application de l'électricité au traitement de la paralysie de la vessie. Dans la discussion à laquelle a donné lieu l'intéressante communication de M. Michon, au sein de la Société de chirurgie, il a été posé une question vraiment importante, c'est celle de savoir dans quel cas l'électricité doit être appliquée au traitement de la paralysie de la vessie, et pour quelles espèces elle conviendrait davantage. Nul doute que dans la paralysie essentielle, celle qui tient à un affaiblissement de l'action nerveuse, l'électricité ne soit le plus véritablement à sa place. Malheureusement ces paralysies ne sont pas les plus communes, et, comme on le sait généralement, la plupart des paralysies de la vessie n'en méritent vraiment pas le nom, puisqu'elles reconnaissent pour cause le déve-

loppement anormal du lobe moyen de la prostate. Mais, ainsi que l'a répondu M. Michon, ce moyen ne serait-il utile qu'au traitement de la paralysie sénile de la vessie, de celle produite par la distension de la vessie, compliquée ou non d'une affection catarrhale interne et de décomposition de l'urine, que ce n'en serait pas moins une addition utile à nos moyens ordinaires de traitement. Enfin, comme on l'a vu, l'électricité a réussi dans la paralysie avec un certain degré d'engorgement de la prostate. Sans qu'il soit possible de déterminer les indications précises de l'électricité dans la paralysie vésicale, il est établi aujourd'hui que cette application guérit, et cela seul suffit pour qu'on soit autorisé à y avoir recours dans les cas où on a échoué avec d'autres moyens.

Quelques mots maintenant sur le mode d'application de l'électricité : comme on l'a vu, M. Michon porte l'électricité dans l'intérieur des organes du bassin, à l'aide d'une sonde introduite dans la vessie et d'une autre dans le rectum, chacune mise en rapport avec les fils conducteurs d'un appareil magnéto-électrique, et si M. Monod avait essayé d'abord d'agir sur la vessie en portant les deux conducteurs sur la région hypogastrique et en les promenant à sa superficie, il a été bientôt forcé d'y renoncer pour en revenir au procédé suivi par M. Michon. Mais, ce qu'on peut se demander, depuis les intéressantes recherches de M. Duchêne sur la galvanisation localisée, c'est le point précis sur lequel se porte l'action électrique. Est-ce bien sur la vessie que M. Michon a agi? n'a-t-il pas agi plutôt sur les nerfs nombreux des plexus sciatiques et sacrés, c'est-à-dire sur les nerfs qui animent la plupart des organes du bassin? Le fait n'est pas douteux quand on songe que le fluide électrique se trouvait en rapport avec des parties humides qu'il devait traverser avec la plus grande facilité ; et pour être juste, nous devons ajouter que c'était là le but que se proposait M. Michon. Mais ne vaudrait-il pas mieux peut-être commencer l'action électrique par la vessie seulement, dans les cas de paralysie de cet organe? Pour cela il suffirait d'introduire



dans la vessie un excitateur analogue à celui que nous avons fait figurer dans la planche ci-contre. On l'introduit fermé (*fig.* 12); puis, les branches étant écartées, comme dans la *fig.* 13, les fils conducteurs de l'appareil sont mis en rapport avec les branches, qui sont isolées par une sonde à cloison en caoutchouc; en ayant la précaution de vider préalablement la vessie, il y a peu à craindre que l'électricité arrive jusque sur les plexus nerveux. Dans le cas où on ne réussirait pas de cette manière, on pourrait en venir ensuite au procédé de M. Michon et galvaniser comme lui les plexus nerveux du bassin.

CHIMIE ET PHARMACIE.

APPAREIL TRÈS-SIMPLE POUR ROULER LES PILULES.

M. Mialhe vient de présenter à la Société de pharmacie un appareil très-simple pour rouler mécaniquement les pilules. Ce nouvel appareil se compose de deux pièces. La première est un plateau rond de 30 à 35 centimètres de diamètre, garni d'un rebord circulaire de 1 centimètre; la seconde est une pièce de bois de même forme que la première, mais ayant seulement 15 à 18 centimètres de diamètre; le rebord, suivant le volume des pilules que l'on veut rouler, offre une saillie de 2 à 4 millimètres. Cette seconde pièce porte à la surface opposée à l'arête une bride en cuir destinée à recevoir la main. Pour se servir de cet instrument, il suffit de placer sur le milieu du grand plateau la masse de pilules que l'on veut rouler, en parties également divisées, puis de les recouvrir par le petit plateau et d'imprimer à celui-ci, en appuyant légèrement, un mouvement rotatoire.

Au moyen de cet appareil, on ne roule pas moins de deux cents pilules en cinq minutes, et beaucoup mieux qu'avec les doigts.

FORMULE POUR L'ADMINISTRATION DU CHLOROFORME A L'INTÉRIEUR.

Nous empruntons à l'ouvrage sur les maladies utérines, de M. le docteur Henri Bennet, dont nous avons inséré, il y a peu de temps, un chapitre intéressant, quelques formules peu connues en France et dont l'auteur dit s'être bien trouvé dans des circonstances particulières.

Pr. Chloroforme	15 décigrammes.
Camphre	25 centigrammes.
Ether sulfurique	15 décigrammes.
Teinture de myrrhe	15 décigrammes.
Mucilage de gomme arabique	8 grammes.
Sirop d'orange	8 grammes.
Eau camphrée	30 grammes.

Mêlez pour potion, à prendre par cuillerée d'heure en heure.

Cette potion est recommandée par l'auteur contre le ténesme utérin qui accompagne si souvent la menstruation, ou qui se développe dans certains cas, après l'application des sangsues sur le col.

POTION ANTI-MÉNORRHAGIQUE.

Nous avons récemment signalé, d'après M. Churchill, l'emploi du *cannabis indica* dans les hémorrhagies utérines. Nous trouvons dans l'ouvrage de M. Bennet la formule suivante pour l'emploi de cette substance :

Pr. Teinture de cannabis indica.............	4	grammes.
Sirop..............................	30	grammes.
Eau................................	210	grammes.

Une cuillerée à bouche toutes les six heures.

POTION STOMACHIQUE.

On sait quelle ténacité présentent les affections dyspeptiques et gastralgiques qui se lient à un état pathologique du système utérin. Voici une formule dont M. Bennet recommande l'emploi dans cette circonstance :

Pr. Liqueur de potasse....................	15	grammes.
Teinture de jusquiame.....	8	grammes.
Esprit de nitre dulcifié................	8	grammes.
Eau...............................	200	grammes.

Mêlez. Une cuillerée à soupe, deux fois le jour, une heure après le déjeuner et le dîner, dans une tasse d'eau.

NOUVEAU LINIMENT CONTRE LES BRULURES AUX SECOND ET TROISIÈME DEGRÉS.

Tous les praticiens connaissent aujourd'hui les bons résultats qui suivent l'emploi du liniment oléo-calcaire comme traitement des brûlures ; seulement, lorsque la peau a été désorganisée dans une certaine partie de son épaisseur, ce moyen fait quelquefois défaut ; c'est pour en avoir été souvent témoin qu'un pharmacien de l'École de Montpellier, M. Lamotte, propose la formule suivante, comme plus active.

Pr. Huile d'olives.................	100	grammes.
Eau de chaux.................	75	grammes.
Sous-acétate de plomb liquide.....	25	grammes.
Ammoniaque liquide...........	5	grammes.

Pesez toutes ces substances, dans l'ordre indiqué, dans un flacon à l'émeril, qui n'en soit plein qu'aux deux tiers ; agitez vivement pen-

dant quelques minutes, et la saponification en est opérée. Il faut agiter encore le flacon chaque fois que l'on doit se servir du liniment. Une expérience de plus de cinq années permet à M. Lamotte de recommander sa formule.

NOUVEAU MODE DE PRÉPARATION DE L'HUILE DE JUSQUIAME.

M. Overbehk vient de publier dans le Journal de pharmacie d'Anvers un mode de préparation de l'huile de jusquiame, qui donne à ce produit des propriétés médicales très-actives; voici son mode de procéder :

On prend des feuilles de jusquiame vertes, fraîches et de la meilleure qualité ; on les sèche à une température aussi douce que possible ; on les réduit en poudre grossière, puis on les arrose avec quantité convenable d'alcool, de manière qu'elles s'agglomèrent en petites masses, et on les laisse ainsi en vase clos pendant vingt-quatre heures, en agitant de temps en temps. On les introduit ensuite, sans trop les y tasser, dans un entonnoir, à l'extrémité inférieure duquel on a eu soin d'introduire un peu d'étoupe ou de coton, et l'on y verse la quantité voulue d'huile d'olive préalablement chauffée. Cette huile coule à travers l'étoupe, combinée aux parties actives de la jusquiame tenues en dissolution par l'alcool. On soumet encore le marc à la presse et l'on fait chauffer au bain de vapeur les deux produits mélangés, pour faire évaporer l'alcool que retient encore le liquide; enfin l'on laisse déposer et l'on décante.

L'huile que l'on obtient de cette manière est d'une couleur verte noire très-intense, et possède au plus haut degré l'odeur désagréable de la jusquiame, indice le plus irréfragable de ses vertus narcotiques.

PROCÉDÉ POUR RECONNAITRE LA PRÉSENCE DE LA STRYCHNINE.

De tous les procédés proposés pour déceler la présence de la strychnine, le plus simple est, sans contredit, celui que M. Thompson vient de consigner dans le Pharmaceutical Journal.

On verse sur un verre de montre une goutte d'acide sulfurique pur et concentré ; on y ajoute une petite quantité de la substance à essayer, et on en favorise la solution ou la division en agitant le mélange avec un tube de verre. On répand ensuite sur la solution un peu de bi-chromate de potasse pulvérisé, on agite doucement. Si la substance essayée contient de la strychnine, on voit se produire immédiatement, au contact des parcelles du chromate, une belle couleur pourpre qui, en peu de temps, passe au jaune, mais qui peut être renouvelée par une nouvelle addition de chromate.

M. Thompson a soumis à cet essai la morphine la brucine, l'aconitine, l'atropine, la codéine, la narcotine, la picrotoxine, la cinchonine, la quinine, la solanine, la vératrine et la phloridzine; aucune de ces substances ne lui a présenté de phénomènes analogues et qui puissent jeter du doute sur la valeur du procédé qu'il propose pour reconnaître la strychine.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR L'EMPLOI DE L'ALUN A L'INTÉRIEUR, CONTRE CERTAINES APHONIES.

On sait la vogue qu'eut le gargarisme de Bennati; aussi l'emploie-t-on journellement encore contre certaines aphonies consécutives à des affections du larynx. Il m'a semblé que l'alun, auquel ce gargarisme devait son efficacité pourrait, pris à l'intérieur, et dans des circonstances analogues, en seconder puissamment l'effet, par suite de l'action tonique et astrictive qu'il exerce sur la muqueuse laryngée lors de son passage à travers les premières voies. L'occasion de m'en assurer ne tarda pas à se présenter, et les bons résultats que j'obtins confirmèrent pleinement mes prévisions. Entre plusieurs observations du même genre, que j'ai dès lors recueillies, je citerai les deux suivantes, comme étant, à mon avis, des plus concluantes.

Obs. I. Martinet, hussard, en garnison à Lunéville, entre à l'hôpital le 26 juin 1841, pour une laryngo-bronchite qui durait depuis plus de six semaines, et qui se compliquait d'une aphonie complète. Absence de fièvre; râle muqueux; légère douleur vers le larynx; expectoration facile de crachats muqueux, peu consistants, sans caractères particuliers; toux fréquente. L'inspection de la gorge ne révèle aucune phlegmasie de la région pharyngienne. — Douze sangsues sous les clavicules, cataplasmes émollients, potions gommeuses diacodées. — Mieux; la toux disparaît, mais l'aphonie persiste, avec la douleur du larynx. — Seconde application de sangsues de chaque côté du cou; fumigations émollientes et narcotiques, puis légèrement excitantes; frictions stibiées sur le cou. — Pendant deux jours le malade peut faire entendre quelques mots par intervalles; mais soit qu'il ait fatigué son larynx, soit que cette amélioration n'eût rien de solide, l'aphonie est bientôt aussi complète qu'auparavant. — Gargarismes alumineux diacodés; sirop d'érysimum; vomitif avec le tartre stibié; ipécacuanha à doses fractionnées; purgatifs; un vésicatoire, puis deux cautères à la potasse, de chaque côté du larynx. — Le malade est complétement

guéri de sa bronchite, mais il ne peut parler qu'à voix très-basse : on ne l'entend qu'en approchant l'oreille. C'est alors que j'eus l'idée de lui faire prendre intérieurement l'alun, anquel je n'avais plus pensé, vu son inefficacité en gargarismes. Je prescrivis une potion gommeuse de 125 grammes, avec 50 centigrammes d'alun, dont j'élevai progressivement la dose à 3 grammes. Cette médication produisit un changement soudain dans l'état des organes vocaux, sans déterminer aucune irritation vers le larynx ; au bout de dix jours la voix était complétement revenue, et M. Martinet disait éprouver comme un sentiment de vigueur inaccoutumé dans la production du son. Du reste les cautères étaient secs, et aucun autre moyen n'avait été employé concurremment avec l'alun. Sorti le 10 septembre, ce malade n'a eu, à ma connaissance, aucune rechute pendant son séjour à Lunéville.

Obs. II. Mlle V., institutrice, âgée d'une vingtaine d'années, a été atteinte, pendant l'hiver de 1848, d'une laryngite rebelle, suivie d'aphonie, et dont elle n'a pu se débarrasser qu'à la belle saison. Cette affection récidive pendant l'hiver de 1849. Appelé pour soigner cette demoiselle, que j'avais précédemment traitée pour une névralgie faciale, je constate les symptômes d'une laryngite, avec douleur de l'organe malade, augmentant à la pression, aphonie, toux fréquente, expectoration muqueuse. Absence de fièvre et de signes stéthoscopiques. Pas de phlegmasie pharyngienne. — Application de dix sangsues sur les côtés du larynx ; boissons gommeuses ; potions opiacées ; fumigations belladonées avec l'appareil de Richard, etc. Mieux, suivi d'une rechute, Mlle V. ayant voulu reprendre trop tôt ses occupations. — Emploi de l'huile de croton, laquelle détermine une forte éruption. — Amélioration plus soutenue, suivie d'une troisième rechute. — Nouvelle friction d'huile de croton. Les symptômes d'irritation disparaissent, mais l'aphonie persiste avec une ténacité désespérante. — Je prescris une potion gommeuse et légèrement opiacée avec l'alun (1,2 grammes progressivement). L'amélioration se déclare instantanément. Quelques jours après, je revois la malade ; la voix était entièrement rétablie. Il n'y a plus eu, à ma connaissance, de nouvelle rechute.

Avant de terminer, je dirai, bien que cela ne se rattache pas à l'objet de cette communication, que l'alun m'a été utile aussi dans certaines formes de gastralgies, accompagnées de leucorrhées, et caractérisées par des tiraillements ou un sentiment de défaillance vers l'épigastre. Je prescris alors ce sel sous forme de pilules, en lui associant une très-légère quantité d'opium, comme dans la formule que voici :

Pr. Alun........................... 4 grammes.
Extrait gommeux d'opium........... 0,12 centigr.

Conserve de roses................. Q. S.

F. S. A. pilules n° 40. — Dose : 4-6 par jour.

Ces pilules agissent en même temps d'une manière favorable sur la leucorrhée.

Dr Saucerotte,
Correspondant de l'Académie de médecine,
Médecin en chef de l'hôpital de Lunéville.

BIBLIOGRAPHIE.

Matière médicale indigène, ou Histoire des plantes médicinales qui croissent spontanément en France et en Belgique; par M. F. Dubois, docteur en médecine, membre correspondant des Sociétés de médecine de Marseille, Anvers, etc. 1 vol. in-8°. (Chez G. Baillière.)

La connaissance des simples, comme on disait autrefois, constituait un des titres par lesquels les médecins se recommandaient le plus à la confiance de leurs clients. S'il y avait quelque exagération dans ce sentiment, qui traduisait une foi sans réserve dans la vertu médicatrice des plantes, il y a peut-être bien quelque chose d'outré aussi dans l'opinion qui domine aujourd'hui à cet égard. Ce serait le cas de dire des plantes médicinales en général ce qui a été dit de quelques-unes, qu'elles ne méritent ni la confiance illimitée dont elles jouissent parmi les anciens, ni le mépris dans lequel elles sont tombées parmi les modernes. Deux causes principales ont pu influer de notre temps sur l'abandon de ces éléments naturels de la thérapeutique de nos devanciers : d'une part, les vicissitudes systématiques des théories médicales modernes qui, après avoir réduit toutes les médications à une seule ou à un très-petit nombre, semblent avoir laissé après elles une sorte d'esprit de défiance ou de scepticisme thérapeutique ; d'autre part, le rôle immense qui a été fait dans ces derniers temps, tant en physiologie qu'en matière médicale, à la chimie, qui a cherché à substituer partout, aux produits naturels, les principes qu'elle en extrait. Enfin, il faut aussi mettre en ligne de compte ce sentiment naturel à l'homme, qui le porte à estimer les choses en raison de leur rareté ou de la difficulté qu'on a de les obtenir, et qui a tant contribué à entretenir ce goût pour les remèdes exotiques, contre lequel Pline s'élevait déjà de son temps avec tant d'énergie.

Dans de pareilles circonstances, il y avait utilité à rappeler au praticien qu'il a dans les remèdes simples que produit la nature, qu'elle produit en abondance, près de lui et presque sous chacun de ses pas, de quoi suffire, sinon à tous les besoins et à toutes les éventualités de

la pratique, du moins au plus grand nombre. Tel est l'objet du livre publié par M. Fr. Dubois.

Sous le titre de Matière médicale indigène, l'auteur s'est proposé de faire connaître, ou tout au moins de rappeler aux médecins, et surtout aux médecins de campagne si bien à même de les apprécier, toutes les ressources que peut leur offrir la Flore médicale de notre pays. (Il comprend comme une même contrée la France et la Belgique.) La France et la Belgique, en effet, abondent en végétaux médicamenteux. Pour ne citer que quelques espèces des principales classes de médicaments, n'y trouve-t-on pas les substances émollientes par excellence : la guimauve, la mauve, l'orge, le chiendent, la graine de lin; des tempérants tels que l'oseille, la cerise, les fraises, les framboises, l'airelle; des astringents : la bistorte, la potentille, la tormentille, le chêne, le saule, la patience aquatique; des toniques : la gentiane, le houblon, le noyer, la petite centaurée, l'aunée, le trèfle d'eau; des excitants : l'angélique, l'absinthe, la camomille, la menthe, le cochléaria, la mélisse, la sauge, la valériane, etc.; des antispasmodiques et des narcotiques : la belladone, la ciguë, la jusquiame, le tabac, le pavot, la laitue, le gui, la pivoine, la valériane; et des sudorifiques et des diurétiques : le buis, la douce-amère, la bardane, la saponaire, l'asperge, le colchique, la digitale, la scille; des purgatifs : la bryone, l'épurge, la globulaire, le nerprun, le sureau; des vermifuges : l'ail, l'absinthe, la fougère mâle, la tanaisie; des rubéfiants : le garou, la bryone, la clématite, la moutarde, le raifort sauvage, etc.; enfin, des médicaments qui jouissent d'une action spéciale, soit sur le système nerveux, soit sur des appareils organiques particuliers, tels que l'arnica, la belladone, la digitale, etc. Il suffit de cette simple et rapide énumération pour voir d'un coup d'œil, qu'à l'exception de quelques agents spéciaux, tels que le quinquina et l'opium, par exemple, la matière médicale végétale indigène renferme, en grande abondance et avec une grande variété, tous les agents nécessaires pour le plus grand nombre des besoins thérapeutiques. M. Fr. Dubois décrit, à peu près dans l'ordre que nous venons d'indiquer, toutes les espèces végétales auxquelles on a reconnu des propriétés médicales plus ou moins actives. Sur chaque espèce il fait connaître la classe naturelle dans la famille végétale, sa synonymie, son origine et l'indication des lieux où on la trouve le plus habituellement; les propriétés médicales dont la détermination est étayée, tantôt sur les propres expériences de l'auteur, plus souvent sur la tradition la plus authentique et sur l'autorité des praticiens les plus compétents; enfin son mode d'administration et son usage. Un Mémorial thérapeutique, placé à la fin du volume, présente, sous une forme en quelque sorte

synoptique, sous une double série des noms de maladies et des noms de plantes, une indication sommaire des applications dont chacune d'elles est susceptible.

L'exposition seule du but et du plan de l'ouvrage indique assez combien il peut et il devra être utile aux praticiens qui, à chaque page, peuvent y puiser des enseignements utiles et souvent des médications neuves. Cet ouvrage, qui a déjà reçu une honorable sanction de la part de la Société de médecine de Marseille, aura, nous n'en doutons pas, l'approbation de la presse médicale tout entière.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De la valeur des injections intra-utérines, dans le cas de catarrhe utérin. — Quelle est la valeur des injections intra-utérines, dans le catarrhe utérin? Quels sont les dangers dont leur emploi est entouré? Les dangers sont-ils rachetés par des avantages suffisants pour qu'on puisse faire de ces injections une méthode thérapeutique générale? Telles sont les questions actuellement pendantes, et que pour notre part nous avons cherché à éclairer, en faisant connaître à nos lecteurs les travaux publiés pour ou contre cette médication.

Deux circonstances ont particulièrement détourné les praticiens d'avoir recours habituellement à ces injections : la crainte de voir le liquide, introduit dans la cavité utérine, refluer, par les trompes de Fallope, dans la cavité péritonéale, et y donner lieu à une inflammation sur-aiguë de la séreuse; et la possibilité de déterminer une métrite sur-aiguë, compliquée de péritonite. De ces craintes, la première n'est guère fondée, et il faudrait déployer beaucoup plus de force qu'on n'en emploie habituellement pour que le liquide pût pénétrer dans le péritoine. Mais la seconde crainte n'est-elle pas un peu plus légitime que la précédente? Les recherches modernes ont mis hors de doute que la membrane interne de la cavité utérine jouit d'une sensibilité exquise. L'introduction d'une sonde, d'un stylet même, dans cette cavité, suffit pour déterminer, dans certains cas, un état d'angoisse et d'agitation remarquable, avec des douleurs atroces, des accidents hystériformes, et, dans quelques cas plus rares, des nausées et des vomissements. On comprend dès lors que les injections d'un liquide un peu caustique soient de nature à donner lieu à des accidents inquiétants en apparence, sinon en réalité.

Nous avons été témoin à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Serres, suppléé en ce moment par M. Becquerel, de quelques expé-

riences qui ont été faites dans le catarrhe utérin, avec les injections intra-utérines. Sept femmes, dont l'âge variait entre vingt et trente ans, dont deux légèrement chlorotiques, toutes ayant eu des enfants ou des avortements auxquels elles faisaient remonter le début des accidents utérins, présentant un catarrhe utérin chronique non douteux, avec écoulement mucoso-purulent et le col légèrement entr'ouvert, offrant en même temps un état d'inflammation plus ou moins profond du col, et des excoriations superficielles du museau de tanche, ont été soumises à l'emploi des injections utérines. Chez l'une de ces femmes, il a été établi depuis qu'il existait en même temps une grossesse commençante.

Le liquide injecté par M. Becquerel dans la cavité utérine, chez ces sept malades, a été une solution de nitrate d'argent (10 centigrammes de nitrate, pour 30 grammes d'eau). L'injection a été faite avec une sonde en caoutchouc, qui a été portée dans le col et dans la cavité utérine, aussi haut que possible, et le plus ordinairement à la profondeur d'un pouce à un pouce et demi. Ensuite, avec une petite seringue, contenant au plus deux onces de liquide, on a fait l'injection ; jamais le liquide renfermé dans la seringue n'a pu entrer entièrement dans la cavité utérine ; la plus grande partie refluait le long de la sonde.

Dans tous les cas, aussitôt que la seringue a commencé à fonctionner, et que les premières gouttes de liquide ont pénétré dans la cavité utérine, les malades ont accusé une vive sensation de douleur hypogastrique, se propageant dans la région lombaire de chaque côté. Tantôt la douleur, quoique vive, a été cependant supportable ; tantôt elle a été tellement intense qu'elle a arraché des cris aux malades. Dans ces derniers cas, le plus souvent, des accidents sérieux ont débuté immédiatement.

Le nombre des injections faites, chez chacune de ces malades, a été variable. Chez deux, on n'en a fait qu'une ; chez une autre on en a fait deux ; chez deux autres, on en a fait trois ; enfin, chez les deux dernières, on en a fait quatre.

Il ne faudrait pas croire que les accidents ont éclaté toujours à la première injection ; il est des femmes chez lesquelles ce fut à la deuxième, à la troisième, à la quatrième injection que les symptômes morbides commencèrent à paraître. Trois de ces sept malades seulement ont présenté de véritables accidents. La première est celle chez laquelle on a pu reconnaître plus tard l'existence de la grossesse ; la première injection fut suivie d'accidents analogues à ceux éprouvés par les deux autres malades, mais compliqués, en outre, d'une hémorrhagie utérine assez intense, sans que cependant il y ait eu avortement.

Chez une seconde, ce fut à la quatrième injection seulement, et lorsque les premières n'avaient rien produit de fâcheux, que les accidents éclatèrent ; et chez la troisième, ce fut après la deuxième injection.

Chez ces trois malades, les accidents purent être en quelque sorte annoncés ; car, à partir de l'injection et presque immédiatement, il y eut des douleurs vives, avec cris, angoisse extrême, syncope, et presque des mouvements convulsifs ; le ventre se ballonna immédiatement ; et tous les symptômes de la péritonite se succédèrent : douleur excessivement vive ; tympanite ; sensibilité hypogastrique très-vive ; nausées, vomissements ; pouls petit et concentré ; peau chaude ; face altérée, etc. Le traitement le plus énergique fut employé chez ces malades : on insista surtout sur les sangsues multipliées, les bains, les cataplasmes, les onctions mercurielles ; et, nous avons la satisfaction de le dire, en deux ou trois jours, les accidents furent entièrement enrayés, et les malades se trouvèrent ramenées au point de départ ; c'est-à-dire qu'elles avaient traversé de violents dangers, sans avoir toutefois rien retiré de ce traitement.

Des quatre autres femmes, aucune n'a éprouvé d'accident véritable ; mais aussi trois d'entre elles n'ont éprouvé aucun soulagement, et leur affection utérine est restée au point où elle était avant les injections. Une seule, chez laquelle quatre injections ont été faites sans aucun accident, a présenté une guérison, au moins apparente, du catarrhe utérin. L'examen, répété plusieurs fois, n'a plus fait reconnaître trace d'engorgement ou de catarrhe utérin.

Tels sont les résultats obtenus par M. Becquerel ; ils ne sont pas extrêmement encourageants ; et la possibilité de voir survenir des accidents de péritonite empêchera, nous le pensons, qu'on ne puisse jamais faire des injections utérines une méthode générale. Nous reconnaissons cependant que ces expériences laissent quelque chose à désirer, en ce qu'on a employé une trop grande quantité de liquide. On pourra peut-être objecter que la cavité utérine a été violemment distendue par l'injection ; mais cette objection tombe devant ce fait, que c'était au moment où les premières gouttes du liquide caustique touchaient la cavité utérine que les accidents ont éclaté. Nous ne croyons pas cependant que l'on doive exclure entièrement les injections intra-utérines de la thérapeutique ; il est des cas dans lesquels, après la guérison de l'inflammation du col utérin, il reste encore un catarrhe utérin rebelle que ces injections seules peuvent guérir ; et nous pensons que, faites avec prudence, ces injections n'auront jamais de fâcheux résultats. Les faits rapportés par MM. Vidal (de Cassis), Strhol, etc., ne laissent d'ailleurs aucun doute à cet égard. Nous insistons, enfin, sur cette cir-

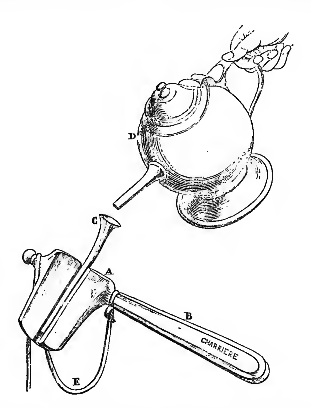
constance, que chez aucune des trois malades de M. Becquerel, qui ont offert des accidents sérieux, la péritonite ne s'est terminée par la mort, et que, au contraire, elle a cédé très-rapidement au traitement énergique qui a été mis en usage.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ABCÈS. *De leur ouverture par l'introduction d'un fil de soie.* On a longuement disserté sur l'ouverture des collections purulentes, et l'on est loin encore d'être fixé à cet égard, surtout pour les abcès froids ou symptomatiques. Cependant, tous les auteurs anciens et modernes s'accordent pour recommander de ne donner issue au pus que d'une manière lente et graduelle. Parmi les procédés qu'ils ont proposés, les ponctions multiples et le séton sont les moyens qui, en général, ont donné les meilleurs résultats, et c'est parce que l'emploi du fil de soie remplit les indications de ces deux procédés, que notre confrère appelle l'attention des praticiens sur ce mode opératoire. Le fil de soie dont M. Leriche se sert est celui que l'on désigne dans le commerce sous le nom de cordonnet. Voici comment notre confrère procède à son introduction : après avoir rasé les poils qui recouvrent la tumeur, le chirurgien prend une aiguille courbe à ligature, passe dans le chas un bout de cordonnet de soie ; puis il introduit cette aiguille dans la tumeur, à environ deux centimètres du point le plus déclive, d'où elle doit sortir, laisse le fil dans le trajet formé par le passage de l'aiguille, et le maintient dans cette position en réunissant les deux bouts par un nœud ; on recouvre le tout d'un cataplasme émollient, qui, dans ce cas, agit comme moyen mécanique ; on recommande au malade de rester le moins de temps possible au lit, afin de favoriser l'écoulement du pus le long du fil, effet qui n'a que difficilement lieu par le décubitus, lorsqu'il s'agit d'abcès ayant leur siége sur une partie du tronc ou des membres. Les cataplasmes ont encore, dans cette occasion, l'avantage de modérer l'inflammation qui se développe, et que le praticien doit surveiller. M. Leriche laisse ce cordonnet quatre, six, huit jours en place, suivant la marche des choses ; le plus souvent, quatre jours lui ont suffi. Du reste, lorsqu'on a jugé le moment convenable, on l'enlève et on panse à plat, soit avec des compresses sèches, soit avec des compresses imbibées de vin aromatique, suivant le besoin. Ce sont, principalement, les bubons arrivés à l'état de suppuration, que M. Leriche a traités d'après cette méthode. Dans les cas où l'affection était simple, la guérison s'est opérée du quinzième au vingtième jour, tandis que, dans les cas de bubons spécifiques, la guérison s'est fait attendre jusqu'au cinquantième jour; mais le résultat surtout est à noter, puisque, dans l'un comme dans l'autre cas, il n'est jamais resté pour les malades de traces qui annonçassent l'affection dont ils avaient été atteints. C'est cette absence de cicatrice qui, sans doute, a engagé cet habile chirurgien à renouveler l'emploi du même moyen dans deux cas d'abcès du sein et de la glande sous-maxillaire, dont l'auteur rapporte les observations détaillées. L'on sait combien les femmes redoutent, sur certaines parties du corps, les incisions avec l'instrument tranchant, à cause de la cicatrice qui en résulte ; dans ces cas, l'introduction du fil de soie, que propose M. Leriche, sera employée avec succès. Nous en recommandons encore l'emploi dans les cas d'abcès froids de petite dimension. Les bons résultats dont nous avons été témoin, dans le service de M. Robert, de l'essai avec les fils de plomb, nous en sont garants. Le seul reproche qu'on pouvait adresser à ce séton métallique, était d'irriter trop vivement les tissus ; la souplesse du cordonnet de soie lui permettra de séjourner sans augmenter autant l'inflammation des parties déjà enflammées. (*Gaz. méd. de Lyon*, mars 1850.)

ALIÉNES (*Nouvel instrument pour l'alimentation forcée des*). Nous avons récemment entretenu nos lecteurs d'un appareil ingénieux inventé par M. Billod, médecin de l'asile des aliénés de Tours, pour l'alimentation des aliénés. Cette communication à l'Académie est venue inciter M. le docteur Belhomme à communiquer à ce corps savant l'appareil dont il se sert dans son établissement. Dans son Mémoire plein d'intérêt, après avoir examiné les méthodes inventées jusqu'à ce jour pour nourrir les aliénés qui refusent toute nourriture, tels que les biberons, la sonde œsophagienne, l'appareil de M. Billod, M. Belhomme décrit un nouvel instrument, dont nous donnons la figure.

compose d'un morceau de bois que l'on introduit dans la bouche entre les mâchoires ; un manche B sert à faire basculer l'instrument ; un coin arrondi maintient la langue fortement, et une bride en caoutchouc E contient l'appareil, en prenant appui derrière la tête. L'aliéné est placé dans une baignoire fermée, la tête renversée en arrière. Le bâillon est introduit, et si le malade ne veut pas boire immédiatement, on introduit un conduit en argent C, au centre du bâillon, qui fait arriver le liquide jusqu'à l'épiglotte ; on ferme alors le nez et le malade est obligé d'avaler malgré sa volonté. Ce moyen a constamment réussi à M. Belhomme, qui a nourri des mois entiers des malades



Cet appareil, désigné par l'auteur sous le nom de bâillon-biberon, se

qui se refusaient obstinément à manger. Cet appareil présente l'a-

vantage de pouvoir être employé dès les premiers refus du malade, et les faits nombreux qu'il a cités de l'efficacité de son appareil ne nous surprennent nullement. M. Charrière a apporté à cet appareil des modifications ingénieuses, comme toujours. (*Compte-rendu de l'Académie.*)

ANGINE TONSILLAIRE (*Sur un nouveau moyen proposé pour enrayer l'*). Quoique l'angine tonsillaire ne présente pas, dans le plus grand nombre de cas, une gravité bien grande, elle n'en constitue pas moins une affection que les praticiens, à cause du caractère d'acuité de ses symptômes, cherchent toujours à enrayer au début. A l'emploi topique de l'alun, aux cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent, M. le docteur Van Rhyn vient ajouter un nouveau moyen, qui non-seulement jouirait d'une efficacité non moins certaine, mais serait encore d'une promptitude d'action beaucoup plus grande. Voici comment ce praticien formule sa médication :

Du moment que les premiers symptômes propres à l'amygdalite se manifestent, qu'ils aient été ou non précédés d'un état pyrétique, c'est-à-dire, du moment qu'un commencement de dysphagie est lié à l'état de sécheresse, de rougeur, de tension de l'isthme du gosier, et que cet état est accompagné d'augmentation de volume des amygdales, j'administre, dit M. Van Rhyn, une cuillerée, matin et soir, de vinaigre des quatre-voleurs, sans aucune autre substance. Je m'abstiens dès lors de tout autre moyen, soit général, soit topique. Ordinairement, le mal cède après la première, la seconde, ou la troisième dose. Depuis nombre d'années, je ne traite pas autrement les angines tonsillaires, et, presque constamment, le résultat obtenu est des plus heureux, pour ne pas dire surprenant. Sous l'influence de cette médication simple, et qui est parfaitement supportée par les malades, le mal cède. Je ne saurais, je l'avoue, dire de quelle manière; mais il cède, et, ce qui est important, dans un temps fort court, quelquefois du jour au lendemain. Mais je crois devoir déclarer que jamais je n'emploie le vinaigre aromatique lorsqu'il existe un commencement de suppuration; c'est aux moyens ordinaires que j'ai recours alors. J'ajouterai que cette médication n'a aucune action sur le retour si fréquent de l'angine chez certains sujets. M. Van Rhyn n'a pas cru devoir fournir de faits à l'appui de cette médication; le nombre des cas dans lesquels l'emploi du vinaigre aromatique lui a donné un résultat prompt, lui est garant que tous ceux qui expérimenteront le moyen en obtiendront le même effet.

M. Van Rhyn avoue qu'il ne se rend pas compte du mode d'action de ce moyen : nous éprouvons moins d'embarras que notre confrère. D'abord, les affections auxquelles il s'adresse sont les angines dans lesquelles l'inflammation reste bornée à la muqueuse ; or, c'est dans cette espèce que la médication locale substitutive est employée avec le plus de succès. Les bons résultats obtenus par M. Fleury, avec les gargarismes sinapisés (tome 36, p. 278), nous font regretter qu'il ne soit pas venu à la pensée de M. Van Rhyn d'essayer le vinaigre aromatique en gargarismes ; car cet agent nous paraît plus spécialement agir comme agent topique, lors de son passage à travers les parties enflammées. (*Ann. de la Soc. de Roulers*, 2me livraison, 1850.)

BLENNORRHAGIE *rhumatismale* (*Note sur deux cas de*). — Malgré l'autorité de Franck, on a révoqué en doute, en ces dernières années, l'existence de la blennorrhagie arthritique, en s'étayant principalement sur le peu de valeur des renseignements fournis par les malades quand il s'agit d'écoulements urétraux. Les deux faits suivants, le dernier surtout, nous paraissent, comme à M. Jægerschmits, sinon de nature à lever toute incertitude à l'égard de l'existence de cette métastase du rhumatisme, du moins à suspendre le jugement de ceux qui en nient l'existence. Le premier cas a trait à une personne de quarante-cinq ans, n'ayant jamais eu aucun écoulement, qui, lors d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, se vit tout à coup, au douzième jour de sa maladie, débarrassée du gonflement qui occupait encore les articulations des pieds et celle du coude droit, tandis qu'il voyait s'établir un écoulement urétral. La bonne foi du malade ne permettait point à M. Jægerschmits de soupçonner l'existence d'une urétrite blennorrhagique. Du

reste, le fait suivant, qui termine la note de notre confrère, a une plus grande valeur; aussi rapporterons-nous l'observation en entier. « Un jeune garçon de douze ans, appartenant à la classe ouvrière, et dont le père a eu plusieurs atteintes de rhumatisme, s'étant souvent exposé à l'humidité, ayant, notamment, plusieurs fois supporté les vêtements mouillés par la pluie, fut pris, à la suite d'une imprudence de ce genre, d'un rhumatisme articulaire subaigu, qui commença par les épaules et gagna successivement et en peu de jours toutes les autres articulations. Appelé auprès du jeune malade le deuxième jour (c'était le 9 mai), nous prescrivons de provoquer les sueurs et quelques boissons délayantes, légèrement diaphorétiques. Elles se déclarent en abondance et amènent une cessation presque complète des douleurs; déjà l'on croit cet enfant guéri; mais, comme cela arrive assez souvent, ce mieux ne se soutient pas longtemps, et, trois jours après, l'affection rhumatique apparaît de nouveau. On a encore recours à la diaphorèse, qui survient, mais cette fois, sans nul profit sensible pour le patient. Ce malade, enfant gâté et d'un caractère emporté, ne veut se soumettre à aucune de nos prescriptions, et ses parents sont trop faibles pour lui résister. C'est à peine si l'on parvient à lui faire prendre quelques doses de sulfate de quinine. Tout ce que nous pouvons employer, encore à grand'-peine, c'est un liniment opiacé, qui ne produit qu'un faible amendement dans les symptômes. Nous en étions au quinzième jour depuis l'invasion, nous bornant, par force, à une médecine expectante, lorsque, à notre visite du matin, l'enfant se plaint d'ardeur, de chaleur incommode en urinant, ce qui l'a fait bien souffrir pendant la nuit. Il nous dit qu'il rend par l'urètre de la pourriture (ce sont ses propres expressions) et que, depuis trois jours environ, il y ressentait du picotement. Nous examinons les organes génitaux, et nous reconnaissons un écoulement de matières blanches jaunâtres, qui alla en augmentant. Dès lors les douleurs disparurent comme par enchantement; le troisième jour il restait encore un léger endolorissement de l'articulation huméro-cubitale gauche, lequel s'évanouit également; le quatrième, l'enfant était entièrement guéri et commençait à sortir de son lit. Ayant voulu, quelque temps après, traiter méthodiquement cette blennorrhagie métastatique, nous éprouvâmes les mêmes résistances de la part du petit malade, et fûmes contraint d'abandonner le soin de la guérison aux seules forces médicatrices de la nature : ce ne fut qu'au bout de vingt-huit jours que cet écoulement cessa, sans que l'affection rhumatismale se soit remontrée. »

« Si l'on ne trouvait pas la première observation bien péremptoire, celle-ci du moins nous semble démontrer assez clairement la métastase du vice rhumatismal sur la muqueuse de l'urètre, sans la circonstance d'une blennorrhagie antérieure, car on ne peut supposer que cet enfant en ait jamais été atteint. Si je ne m'abuse donc, elle tend à prouver l'existence de la blennorrhagie arthritique pure et simple. » (*Journal de médecine de Toulouse*.)

COLLODION (*Bons effets du*) *dans le traitement de quelques maladies oculaires*. Il est en ophthalmologie quelques circonstances dans lesquelles l'occlusion des yeux a de très-bons résultats. Nous pouvons citer, par exemple, le cas d'une hernie récente de l'iris, où l'on doit chercher à mettre obstacle à l'action des muscles oculaires, dont les contractions tendent à augmenter la procidence ; ou l'opération de la cataracte par extraction, où l'œil doit être fermé constamment pendant le travail de la cicatrisation du lambeau. Jusqu'ici, l'occlusion des yeux s'effectuait généralement à l'aide de pièces de linge, de handelettes agglutinatives ou de bandelettes de taffetas d'Angleterre. M. Deval s'est assuré, dans ces derniers temps, que la puissance cohésive du collodion pouvait être utilisée dans le même but et avec une efficacité non douteuse. Déjà M. le docteur Hairion, de Louvain, s'en était servi avec succès dans l'entropion léger : il avait fixé les cils sur la paroi cutanée des paupières, dans le double but d'éloigner de l'œil cette cause permanente d'irritation, et d'attendre un moment plus propice pour opérer l'entropion; il fut assez étonné de voir la paupière conserver la direction que lui avait donnée le renversement des cils. M. Deval a constaté les mêmes résultats; mais c'est surtout comme moyen de

provoquer l'occlusion des paupières que ce médecin s'en est bien trouvé dans la kératite, suite de granulations palpébrales, affection fréquente et bien souvent méconnue, quant à la cause locale qui l'a fait naître et qui la perpétue. Si la cornée se dépolit dans cette circonstance, si elle devient opaque et vasculaire, si elle se perfore parfois à la longue, c'est qu'elle est fatiguée sans cesse par les corps raboteux qui la froissent. Si, par l'occlusion des paupières, on met celles-ci dans l'immobilité, le frottement n'a plus lieu ou ne s'effectue plus que d'une manière très-bornée; de plus, les membranes phlogosées sont soustraites à l'influence de la lumière, de l'air, des molécules suspendues dans l'atmosphère; elles reçoivent plus efficacement enfin l'impression des agents destinés à triompher de leurs désordres. L'application du collodion, suivant M. Deval, offre tous les bénéfices de l'occlusion, sans en avoir les inconvénients. Mollement fermé, comme dans le sommeil, l'œil n'est soumis à aucune espèce de compression qui le froisse et l'irrite ; l'occlusion s'effectue hermétiquement sous l'influence de liens que les liquides oculaires ne peuvent rompre ou n'altèrent qu'à la longue. En outre, la couche cotonneuse, qui forme au devant de la fente inter-palpébrale une pellicule blanchâtre, se perfore toujours vers le grand angle, où les paupières sont le moins rapprochées, et cet orifice permet aux fluides qui affluent vers le sac lacrymal de s'épancher au dehors. Le collodion peut être placé avec un simple pinceau de dimension un peu forte, par exemple, avec celui qui est connu dans les arts sous le nom de brosse plate et dont l'extrémité est aplatie et quadrilatère. Le malade ayant fermé l'œil, on trempe le pinceau dans le collodion, puis on l'étale à petits coups et par saccades sur le bord des deux paupières rapprochées l'une de l'autre. Bientôt la couche se dessèche, se durcit et a l'aspect d'une bande blanchâtre; on la renforce par une nouvelle application, si l'on juge que la couche est trop faible pour maintenir les marges palpébrales agglutinées. Il suffit d'une demi-minute, d'une minute au plus, pour que l'opération soit accomplie. Les bords palpébraux ne peuvent-ils pas se rapprocher d'une manière exacte, dans le cas d'ectropion, par exemple, le chirurgien saisit entre le pouce et l'indicateur la partie des paupières supérieure et inférieure située près de l'angle temporal; cela fait, cette région est seule mise en contact avec le collodion. On rapproche ensuite successivement, et portion par portion, le bord des paupières; après quoi, une nouvelle couche est étendue en nappe sur toute la continuité des bords palpébraux agglutinés. Dès que le collodion est appliqué, les malades accusent une sensation de froid assez désagréable, qui dérive de la prompte évaporation de l'éther. Si la face cutanée des paupières, le bord libre de celles ci, offrent quelque érosion, quelque ulcération, si leur paroi interne a été scarifiée, cautérisée, si on a introduit dans l'œil quelque pommade ou quelque agent excitant, le collodion donne lieu à une cuisson qui dure ordinairement peu de temps et qui n'a jamais obligé de procéder au décollement. L'agglutination persiste habituellement deux jours; quand elle dure moins, c'est que le collodion est de mauvaise qualité. Pour désunir les paupières liées par le collodion, il suffit de passer sur la couche sèche un pinceau imprégné d'éther. (*L'Union médicale*, avril 1850.)

CORNÉES (*Taches métalliques aux deux*) *disparues sans une opération chirurgicale*. Lorsque, dans les cas d'ulcération de la cornée par suite de l'usage d'un collyre mal formulé, il s'est formé des taches métalliques dues à des incrustations, c'est à l'aide d'un instrument que plus tard ces incrustations peuvent être enlevées; encore n'en triomphe-t-on souvent qu'avec les plus grandes difficultés. L'observation suivante, rapportée par M. Deval, est donc à consigner, puisque de nombreux dépôts de sel de plomb ont disparu spontanément. Mademoiselle L..., âgée de vingt-trois ans, d'un tempérament lymphatique, se présente à notre confrère pour être traitée d'une blépharite ciliaire intense. L'affection des paupières n'était pas le seul désordre qu'elle présentait; une double kératite, dont elle avait été atteinte quelques mois auparavant, avait laissé subsister sur les cornées des opacités, qui apportaient une atteinte grave à l'exercice de la vision. Formés de points crétacés d'un blanc mat, les uns isolés, les autres réunis en groupe, ces dépôts n'a-

vaient point pour origine un travail morbide; et les lotions répétées que la malade avait faites avec une solution d'extrait de saturne témoignaient nettement de leur origine. Remettant à une autre époque les tentatives nécessaires pour l'ablation de ces plaques saturnines, M. Deval commença le traitement de la blépharite, à l'aide d'une pommade dans laquelle entraient 20 centigrammes de précipité rouge, pour 6 grammes d'axonge. Huit jours après, comme cette préparation était bien supportée, et que l'affection semblait stationnaire, M. Deval prescrivit une pommade plus énergique, ainsi formulée :

Oxyde rouge de mercure	0.75 centig.
Camphre	0 15 —
Teinture préparée.....	0.15 —
Beurre frais..........	6.00 gram.
Huile de roses.........	1 goutte.

Mêlez très-exactement.

La malade resta dix mois sans reparaître à l[illegible]ultation de M. Deval: et l[illegible] revint, non-seulement l'ab[illegible]tait complétement guerie, m[illegible] taches d'un blanc mat étaient remplacées par des taies légères, et sous ces heureuses modifications la vue avait éprouvé, on le conçoit, une très-grande amélioration. Bien que cette cure doive être regardée comme exceptionnelle, nous croyons cependant que la conduite de M. Deval serait à imiter dans les cas où ces dépôts calcaires au milieu des cicatrices de la cornée ne seraient pas compliqués de blépharite, l'usage des pommades au précipité rouge étant un des meilleurs moyens qu'on puisse employer pour la solution des plaies de la cornée. (*Abeille médicale*, avril 1850.)

CORS AUX PIEDS. *De leur cure radicale sans le secours d'un instrument tranchant.* L'étude de cette infirmité, aussi incommode que commune, a éveillé la sagacité des praticiens. Parmi les divers moyens proposés devait figurer la cautérisation, si facile avec le nitrate d'argent; et c'est pour en avoir éprouvé sur lui-même de bons effets, que M. Mattou, chirurgien de la marine, vient de nouveau en proposer l'emploi. Voici, d'après M. Matton, la manière d'employer le nitrate d'argent et son mode d'action :

« Après avoir préalablement pris un bain de pieds, et enlevé la partie la plus saillante du cor, au moyen d'un canif, ou mieux des doigts, on saisit un crayon de nitrate d'argent dont on humecte la pointe, que l'on promène sur toute la surface de l'épiderme endurci et même un peu au delà, sur l'épiderme sain ; cette opération ne doit pas durer plus d'une minute : on attend, avant de mettre le bas, que la partie sur laquelle on a ainsi promené le caustique soit entièrement sèche, et on la laisse dans cet état pendant huit à dix jours. Or, voici ce qui se passe dans cet intervalle : le lendemain de l'application du nitrate d'argent, toute la partie sur laquelle on l'a promené devient noire; il se forme une escarre aux dépens de l'épiderme qui constitue le cor, et, un peu aussi, aux dépens de l'épiderme voisin; il y a là un cercle noir dont le point culminant du cor occupe le centre. La circonférence du cercle formé par l'épiderme sain ne tarde pas à se soulever peu à peu dans tout son pourtour, à cause d'une légère vésication produite par le sel; cette vésication s'étend même au-dessous du cor dans toute son étendue, mais elle est si légère qu'on ne s'en aperçoit même pas; la petite quantité de sérosité sécrétée ne pouvant se faire jour au dehors, à cause de l'escarre qui la retient, elle est bientôt résorbée; un épiderme de nouvelle formation la remplace au-dessous du cor, et, au bout de huit à dix jours, en exerçant avec les doigts ou une pince à disséquer, quelques légères tractions de la circonférence au centre de l'escarre, on parvient à extirper en entier, et sans douleur aucune, tout l'épiderme endurci, et, par conséquent, tout le cor, sans qu'il en reste la plus légère trace. Si, par la pression de la chaussure, le cor venait à reparaître, on ferait une nouvelle application de nitrate d'argent. Tels sont les résultats que j'ai obtenus de l'emploi de cet agent précieux. J'engage les personnes qui ont des cors à faire immédiatement usage de ce procédé, et je leur promets d'avance une guérison certaine et radicale. »

Ce que ne dit pas notre confrère, c'est que l'application du nitrate d'argent est plus douloureuse qu'on n'est porté à le penser de primo abord. Il y a une quinzaine d'années, nous avons tenté de nous guérir un œil

de perdrix par l'emploi de ce moyen, et nous fûmes forcé, pendant les deux premiers jours qui suivirent la cautérisation, d'avoir recours à l'immersion du pied dans l'eau tiède, pour calmer les douleurs provoquées par le caustique. La cause la plus commune des cors aux pieds est, comme l'a indiqué dans ce journal (*Bull. de thérapeutique*, t. 30, page 460) M. Pallas, chirurgien principal des armées, la disposition vicieuse des chaussures. La première chose à faire lorsqu'on veut guérir cette infirmité, est de faire disparaître les talons des bottes et des souliers; puis, quelques dispositions secondaires dans la disposition générale de la chaussure, pour lesquelles nous renvoyons le lecteur à l'article que nous citons. (*Abeille médicale*, avril 1850.)

PARALYSIE DE LA VESSIE *guérie par les injections de strychnine dans la vessie.* — Les médications topiques de la vessie ont été jusqu'à présent à peu près exclusivement restreintes aux agents propres à modifier l'état sécrétoire de la membrane muqueuse, mais nous ne sachons pas qu'on ait étendu cette médication à l'emploi des médicaments destinés à agir dynamiquement sur les propriétés vitales de l'organe. Le fait suivant nous paraît digne de fixer l'attention des praticiens, comme exemple d'une tentative de ce genre, suivie d'un plein succès.

Un homme âgé de soixante-huit ans, d'une constitution moyenne, après une journée d'excès, fut pris subitement de rétention d'urine. Appelé auprès de lui, M. le docteur Lecluyse, de Poperinghe, trouva la vessie fort distendue et douloureuse à la pression. Il la vida au moyen de la sonde, et aussitôt le malade, soulagé, se crut totalement guéri. Mais la rétention persista, et après les plus attentives explorations, M. Lecluyse dut reconnaître qu'il s'agisait d'une paralysie de la vessie.

En conséquence, il eut d'abord recours aux moyens usités pour combattre la faiblesse de la vessie; il laissa la sonde à demeure, et prescrivit successivement le baume de copahu, la térébenthine, quelques diurétiques stimulants, tels que l'uva ursi, les baies de genièvre et les applications d'eau froide à l'extérieur, le tout en vain; enfin une dose de cantharides n'eut d'autre effet que de produire une irritation assez prononcée des voies urinaires, qui obligea bientôt à y renoncer. M. Lecluyse eut alors recours à l'administration intérieure de la strychnine, comme moyen d'agir sur le système nerveux. Ce médicament, après avoir été porté graduellement jusqu'à un grain par jour, donna lieu à des secousssses et des contractions spasmodiques plus ou moins prononcées dans les muscles du tronc et des membres, mais laissa la vessie dans son état de paralysie. Après quinze jours d'abstention de tout traitement, la paralysie persistant toujours, et l'état du malade paraissant désespéré, M. Lecluyse tenta un dernier essai; il administra de nouveau la strychnine, mais cette fois sous une autre forme, en injections dans la vessie. A cet effet, il fit dissoudre 6 grains de ce sel dans un peu d'alcool, qu'il étendit ensuite d'une livre d'eau, et ordonna quatre injections, de 2 onces chacune (60 grammes), à travers la sonde, après avoir évacué l'urine. D'abord la vessie parut insensible au contact de ce liquide; mais au bout de quatre ou cinq jours, le malade se sentant mouillé, quoique l'extrémité de la sonde fût bien bouchée, s'aperçut que l'urine suintait en assez grande quantité entre la sonde et les parois du canal de l'urètre. Il s'imagina qu'une crevasse devait être survenue dans la portion de cet instrument comprise dans le canal; on retira donc la sonde pour l'examiner. Mais à peine était-elle sortie de l'urètre, qu'au grand étonnement du médecin et du malade, celui-ci se mit à pisser de la manière la plus facile. Dès ce moment la rétention d'urine ne s'est plus reproduite, et le malade n'a plus ressenti d'autre incommodité, en urinant, que des douleurs momentanées, dues à la présence de quelques mucosités purulentes, provenant probablement de l'irritation qu'avait dû produire le contact permanent de la sonde.

Les diverses circonstances de ce fait, telles, en particulier, que la longue suspension de tout traitement qui a séparé l'administration intérieure de la strychnine de l'administration topique de ce même agent, ne permettent pas de mettre en doute que c'est à ce dernier moyen que le malade a dû sa gué-

rison. C'est sous ce rapport surtout, un fait digne du plus grand intérêt, et qui vient mettre en relief l'importance du choix des surfaces d'application en thérapeutique. Il en ressort, en effet, cet enseignement que, alors même qu'il s'agit de substances solubles, et par conséquent absorbables et susceptibles de pénétrer dans le torrent de la circulation, l'application du médicament sur les surfaces malades, toutes choses égales d'ailleurs, doit toujours être préférée. (*Annales de la Société de Roulers*, 1re livr.,1850.)

RACHIS (*Déviation spasmodique du*) *subitement développée et subitement disparue*. L'observation suivante, bien qu'elle n'ait qu'un intérêt secondaire au point de vue pratique, n'en est pas moins digne de figurer dans notre Répertoire, moins pour sa rareté et sa singularité même, qu'à cause de la lumière qu'elle est susceptible de jeter peut-être sur une question d'étiologie qui a été vivement débattue dans ces dernières années, nous voulons parler du rôle attribué à la contraction plus ou moins permanente des muscles dans les difformités du squelette en général et en particulier dans les déviations du rachis.

Une demoiselle, âgée de douze ans et demi, ayant eu dans son enfance des accidents nerveux, ressentit, à la suite d'une chute dans laquelle le thorax vint frapper contre un meuble, dans le point correspondant à l'extrémité antérieure de la huitième côte gauche, une douleur assez vive, mais passagère dans ce point du thorax. Quelques jours après on s'aperçut que les épaules n'étaient plus placées sur la même ligne horizontale et qu'il était survenu des changements notables dans la direction de la colonne vertébrale. M. le docteur Déquevauviller, appelé auprès de cette jeune personne, constata ce qui suit :

Les épaules se trouvaient dans le même plan horizontal, mais le bassin était fortement incliné de droite à gauche et de haut en bas, de telle sorte que l'épine iliaque antéro-supérieure droite était de 5 cent. plus élevée que la gauche; celle-ci faisait une forte saillie en dehors, tandis que celle-là se rapprochait de l'axe vertical du corps. Le rachis décrivait, à partir de l'articulation sacro-lombaire, une première courbure à concavité tournée vers la droite; puis une courbure opposée dont le sommet correspondait à la sixième ou septième vertèbre dorsale; puis une troisième courbure dans le même sens que la première au milieu de la septième verticale; il avait également éprouvé un léger mouvement de torsion tel, que l'acromion gauche était porté en avant de plusieurs centimètres; les muscles de la gouttière vertébrale faisaient un peu plus de saillie à gauche; mais, à droite, ils paraissaient plus durs et contractés. La peau était tendue sur tout le côté gauche du tronc, elle était fortement ridée à droite; enfin, la base de l'omoplate droite faisait une forte saillie en arrière. La déviation persistait et devenait même plus évidente lorsqu'on faisait courber le corps graduellement en avant; mais, si l'on maintenait les hanches dans une situation parfaitement horizontale, si l'on appliquait les bras le long du torse, en cherchant en même temps à redresser tout le corps, on y parvenait, quoique avec peine, et la difformité disparaissait complétement; mais, à peine cessait-on l'effort produit pendant cette manœuvre, que la déviation se reproduisait. En un mot, le tronc de cette jeune personne présentait tous les caractères des déviations du rachis qui surviennent lentement chez les jeunes filles.

M. Déquevauviller pensant que les parents se trompaient sur l'époque du développement de cette difformité et que, suivant toute apparence, elle remontait à une date bien antérieure, fit immédiatement prescrire des exercices gymnastiques et disposer un lit approprié à cet effet. Dès le lendemain de cette prescription, alors qu'on la mettait en pratique pour la seconde fois, la jeune fille éprouva un commencement de syncope. Sitôt remise sur son séant, elle poussa un cri, se plaignant d'une vive douleur dans le côté gauche d'abord, au point qui avait heurté lors de la chute, puis dans le flanc droit; elle se leva alors subitement, la difformité avait disparu. Deux heures après cet événement, M. Déquevauviller constata, par un examen minutieux fait soit pendant le décubitus, soit pendant la station, que la déviation du rachis avait effectivement disparu d'une manière complète. Le rachis était parfaitement droit; seulement les muscles de la

gouttière spinale faisaient un peu plus de saillie à gauche qu'à droite. Dès ce moment, il suffit de faire porter à la jeune fille un simple corset, et la guérison fut parfaitement maintenue. Les saillies musculaires anormales étaient complétement effacées deux jours après. (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, mars 1850.)

SCROFULES. *De leur traitement par les préparations de feuilles de noyer*. Depuis plus de dix années, M. le docteur Négrier poursuit avec une persévérance digne d'éloges ses observations sur la valeur des préparations de feuilles de noyer contre les scrofules. Dans un premier mémoire publié en 1841, cet habile praticien exposait les résultats que cette nouvelle médication lui avait fournis pendant cinq années d'expérimentation à l'hospice général d'Angers. Dans l'analyse étendue que nous avons donnée de ce travail (*Bulletin de thérapeutique*, t. 20, p. 284), sont reproduites, toutes les formules proposées par M. Négrier. Ce traitement consiste, nos lecteurs se le rappellent, en trois ou quatre tasses d'infusion de feuilles de noyer, en deux pilules, de 20 centigrammes chaque, d'extrait de feuilles de noyer, et, chez quelques malades, dans l'application de cataplasmes de farine de lin délayée avec la décoction de feuilles de noyer, et souvent saupoudrés avec la poudre de feuilles. Dans les cas d'ophthalmies scrofuleuses, à ce traitement général, M. Négrier ajoute le collyre préparé avec la décoction de feuilles de noyer, additionnée de 10 à 20 centigrammes d'extrait de belladone ou de thridace. M. Négrier, on le voit, a supprimé l'opium qui entrait d'abord dans leur composition. Les plaies sont pansées avec une pommade composée d'axonge et d'extrait de noyer, ou mieux, avec des plumasseaux de charpie imbibés d'une forte décoction de feuilles. A ces diverses préparations connues, l'auteur en ajoute une nouvelle, c'est un vin dit de noyer. On le prépare en faisant macérer 50 à 60 grammes de feuilles fraîches, ou dix ou douze noix recouvertes de leur drupe, coupées en fragments, dans un litre de vin de Malaga ou de Lunel. En hiver, on prépare ce vin avec 15 à 20 grammes d'extrait par litre. Il se donne par cuillerées, matin et soir, après le repas.

Dans un second Mémoire publié en 1844, M. Négrier complétait l'histoire des malades dont il avait parlé dans ses premiers travaux ; et après avoir montré la solidité de leur guérison, publiait une nouvelle liste de sujets traités depuis sa publication de 1841. Les observations étaient classées en quatre catégories, sous le titre : 1° d'engorgements strumeux non ulcérés ; 2° d'ophthalmies scrofuleuses ; 3° d'engorgements strumeux abcédés ; 4° de gonflements et caries scrofuleuses des os. Nous ne reviendrons point sur les résultats nouveaux signalés dans ce travail, et renvoyons à l'analyse que nous en avons faite à cette époque (*Bulletin de thérapeutique*, t. 26, p. 314). Seulement, dans ce Mémoire, cet habile praticien faisait de nouveau appel à ses confrères, et les engageait à contrôler par leur propre expérience les succès qu'il annonçait avoir obtenus dans la voie nouvelle où il s'était engagé.

Ce sont les divers travaux qui lui ont été adressés qui font la base du nouveau Mémoire que M. Négrier publie aujourd'hui, et comme pour justifier le proverbe, *Nul n'est prophète en son pays*, ces travaux sont dus exclusivement à des médecins étrangers. Ils sont au nombre de trois : un mémoire de M. Nasse, professeur de clinique à l'université de Bonn, qui ne contient pas moins de cent dix-sept faits de scrofules traitées par les préparations de noyer ; une dissertation soutenue dans la même faculté, par le docteur Kreutzwald ; enfin, le Mémoire du docteur Borgiali, communiqué à la Société de médecine de Turin. On le voit, cette médication a été jugée par des faits nombreux, recueillis dans des climats différents, sur des sujets d'âges et de tempéraments dissemblables. Comparé aux méthodes de traitement par l'iode, les sels de baryte, l'huile de foie de morue etc., l'emploi des préparations de feuilles de noyer a paru préférable à ces savants praticiens, à cause de la régularité et de la constance de ses effets, de même que pour la persistance des améliorations acquises et la facilité de son administration.

Voici les corollaires que les nombreuses observations publiées, puisque leur nombre est aujourd'hui de plus de 200, ont permis à M. Négrier de formuler ; elles ne sont autres que

les conclusions de son second Mémoire, étendues et légèrement modifiées. 1° Les affections scrofuleuses sont, en général, radicalement guéries par les préparations de feuilles de noyer; 2° l'action de cette médication sur l'économie est assez constante pour que l'on puisse compter sur la guérison du plus grand nombre de sujets traités par ce moyen thérapeutique; 3° l'influence des préparations de feuilles de noyer est lente, inoffensive, durable; 4° les premiers effets du traitement sur l'économie sont généraux; son influence locale vient après; 5° les affections scrofuleuses de la peau, des muqueuses, sont guéries aussi facilement, aussi promptement et plus sûrement par les préparations des feuilles de noyer que par toute autre méthode connue actuellement; 6° les affections des systèmes osseux, cartilagineux et ligamenteux, ayant le vice scrofuleux pour principe, sont quelquefois guéries radicalement par les préparations de feuilles de noyer. Les sujets lymphatiques en éprouvent toujours de bons effets; les modifications qu'ils en ressentent entraînent souvent la guérison des os et de leurs annexes. Ces mêmes affections osseuses, chez les sujets secs et nerveux, ne sont pas sensiblement modifiées par le traitement; l'huile de foie de morue est préférable alors, associée aux infusions de feuilles ou de fruits de noyer (le brou de noix); 7° les ophthalmies scrofuleuses sont sûrement et promptement guéries par un traitement ayant pour base les préparations de feuilles de noyer. (*Arch. de médecine*, février et avril 1850.)

VARIÉTÉS.

—

LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE EXCLUT-ELLE L'ÉTUDE DES LETTRES ET DE LA PHILOSOPHIE?

Très-cher et honoré confrère,

Quand on étudie avec tant soit peu d'attention le mouvement des opinions et des idées, depuis seulement un demi-siècle, ce qui est assurément bien peu de chose dans la vie d'un peuple; quand on a vu les efforts, tantôt lents et patients, tantôt emportés et violents, de l'esprit humain pour prendre son essor et briser ses entraves, on est ensuite étonné, stupéfait de remarquer que, sur des objets aussez ordinaires, l'opinion reste encore tout aussi inébranlable que dans les âges précédents. Le préjugé, ce *sot* qui gouverne le monde, comme dit La Bruyère, triomphe encore sur plusieurs points, même dans notre profession, qui, plus que toute autre, devrait s'en affranchir. Les médecins se plaignent beaucoup des préjugés du monde à leur égard; mais ce serait une très-curieuse histoire que celle des préjugés des médecins eux-mêmes. Certainement il en est de profonds, d'incurables, et, par conséquent, très-fâcheux pour la profession. Je n'ai ni le désir, ni la prétention, cher confrère, de faire cette histoire, dont l'utilité me semble d'ailleurs incontestable. Je veux pourtant en signaler un que le temps, le bon sens et l'expérience n'ont pu ni ébranler, ni déraciner. C'est de s'imaginer que quand on écrit, quand on s'avise de mettre la plume à la main, notamment sur certains sujets, on devient impropre à l'exercice de l'art; ou bien que, manquant de malades, on *s'amuse* à faire des ouvrages, à publier des livres. N'est-ce pas là, je vous le demande, un préjugé déplorable? N'est-ce pas une odieuse et ridicule prévention? Car elle ne tend à rien moins qu'à diminuer, chez les médecins, l'amour des lettres, des sciences et de la philosophie, précisément ce qui les a distingués dans tous les temps. Persister dans ce préjugé, c'est rabaisser la profession, c'est la condamner, dans le monde, à une éternelle minorité.

La remarque en a déjà été faite; le titre de savant flatte assez médiocrement parmi les médecins, celui de théoricien est presque le synonyme d'une injure. Aujourd'hui, on veut être exclusivement praticien, on se glorifie de ce titre, et l'on a grandement raison; n'est-ce pas le but, n'est-ce pas l'ambition de chacun de nous? Mais une fois acquis, faut-il pour cela s'enfermer strictement, et à jamais, dans les calculs d'une pratique plus ou moins vulgaire; courir, sans fin, d'un malade à un autre, laisser rouiller, encroûter son intelligeance; rester étranger aux lettres, aux arts, à la philosophie en un mot, à cette haute culture de l'esprit, la véritable fleur de la civilisation? Ce serait déplorable. Et quand on se résigne à cet amoindrissement intellectuel, savez-vous ce qui arrive? C'est que peu à peu, par le cours naturel des choses et de l'âge, les idées se rétrécissent, l'intelligence, peu exercée, faiblit nécessairement; de praticien d'abord instruit, là caractère élevé, qu'on était, on devient praticien ordinaire, puis praticien routinier, c'est-à-dire un de ces utilitaires forcenés qui courent la pratique, ne pensant qu'à l'*honoraire* plus ou moins amplifié. Il est certain que ces derniers se soucient fort peu d'agrandir le cadre de leurs connaissances; praticailler, avec plus ou moins de succès, suffit à leur ambition. Encore s'ils s'en tenaient à ce rôle! mais non, il en est qui blâment et cherchent à déverser le ridicule sur ceux qui suivent une marche tout opposée. Le préjugé dont il est question est malheureusement répandu dans le public; mais il faut dire, avec infiniment de regret, que la malignité confraternelle, deux mots qui ne devraient jamais se trouver ensemble, ne manque pas de l'entretenir et de l'aviver, avec plus ou moins d'adresse et d'habileté. On a même, au besoin, certaines expressions très-commodes pour appliquer le caustique de la médisance: on est un *médecin de cabinet*, on ne se livre qu'à la *médecine spéculative*, on n'est bon que sur le *papier*, jamais sur la peau humaine, etc., et autres formules de cette force et de cette élégance. Ces médecins ne s'aperçoivent pas que bien souvent, si l'art n'est qu'une idée exprimée, ce qui est vrai, ils sont les esclaves d'une idée, d'une théorie conçue, fécondée dans le cabinet; idée qui les dirige, qui les force à emboîter servilement l'ornière de leurs devanciers.

Vous concevez, mon cher confrère, que le préjugé dont il est question n'est pas nouveau; peut-être même est-il de la plus haute antiquité; mais il s'est maintenu avec plus ou moins de ténacité. Le grand Harvey se plaignait que sa clientèle avait diminué depuis la publication de ses écrits, ses confrères, ardents coureurs des rues de Londres, répandant le bruit qu'il n'était qu'un *disséqueur de grenouilles, de lapins et de serpents*. Mais, chose étonnante, il s'en faut que le même préjugé ait eu, autrefois, la même force qu'il a de nos jours. Loin de là, tous les médecins faisaient leurs *humanités*, mot plein de charme et de vérité, exprimant avec justesse le genre d'étude auquel ils étaient soumis. Aussi passaient-ils pour des savants du premier ordre, même en dehors de leur profession. Beaucoup d'entre eux occupaient des chaires de langues anciennes, de physique ou de philosophie. Bosquillon, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, traducteur des ouvrages de Cullen, a été, encore de notre temps, professeur de grec, au collége de France. Les médecins, bons *humanistes*, conservaient toujours le goût des lettres qu'ils avaient cultivées, jusque dans leur âge le plus avancé; ces souvenirs avaient tant de charmes pour eux, qu'ils s'en faisaient même un reproche. Guy-Patin, dit que Nicolas Pietro, son maître,

et d'autres confrères, se regardaient comme *faisant la débauche*, en lisant Cicéron, Virgile ou Salluste (1). Morgagni, l'illustre anatomiste, avait aussi un penchant marqué pour les lettres, mais il était très-discret à cet égard. Quand on lui demandait son avis sur quelque controverse de philologie, de philosophie ou d'antiquités, il répondait par ces vers de Martial (lib. IX, ep. 12) :

Nobis non licet esse tam disertos,
Qui musas colimus severiores.

C'est ainsi qu'on savait alors compléter, tour à tour, le savant par le médecin, et le médecin par le philosophe, ou l'homme de lettres, toutefois dans une exquise mesure, afin de ne pas trop s'abandonner aux délices de cette étude, et surtout de ne pas ressembler à ces ignorants dont on disait : *Nequidem musas e limine salutarunt;* ils n'ont pas même salué les muses du seuil de leurs temples.

Une chose très-digne de remarque, dans les fastes de la science, dans notre pays, c'est que la grande querelle des médecins et des chirurgiens, querelle qui a duré près de deux siècles, tenait au fond à cette même question. Les médecins se vantaient toujours d'être plus savants que les chirurgiens, qu'ils traitaient d'ignares, de malotrus, de laquais bottés (Guy-Patin), précisément en raison des études qu'ils avaient faites, et étrangères aux chirurgiens. Puis, par une coupable mais très-adroite politique, ils empêchaient ces derniers, autant que possible, de se livrer à ces mêmes études. De cette manière, ils les reléguaient toujours parmi les *barbiers*-chirurgiens, leurs fidèles sujets. Mais quand La Peyronie survint, tout changea de face, notamment après la fameuse Déclaration du roi, de 1743, sur l'enseignement de la chirurgie ; et lorsqu'on vit le célèbre Louis, cet homme, comme on disait, *propre à la plume et au bistouri*, soutenir une thèse latine, en 1749, ce dont on n'avait pas encore vu d'exemple, au collége de chirurgie de Paris, le bruit s'en répandit de toutes parts. Un grand seigneur dit à Louis XV, d'un ton railleur : Sire, dans quel siècle vivons-nous? Quoi! on parle latin à Saint-Côme.—Bien plus, on l'y comprend, répliqua finement le roi, ce vrai restaurateur de la chirurgie en France. Les chirurgiens ne sont donc parvenus à être les égaux des médecins que par l'étude des lettres et de la philosophie; autrement dit, par une éducation plus *humaniste*, plus littéraire qu'autrefois. D'ignorants barbiers, ils sont devenus savants et lettrés. Il en résulte qu'aujourd'hui la médecine et la chirurgie, complétement réunies, marquent la science de ce signe profond, éternel, qu'elle tient d'Hippocrate, l'unité.

Depuis cette époque, et à l'exception de quelques années, où l'éruption du volcan révolutionnaire renversa toutes les institutions scientifiques, faire ses humanités ou faire des études littéraires et philosophiques est devenu tout à fait obligatoire. Aucun élève n'ignore quelle est maintenant la vaste étendue du programme pour acquérir le grade de bachelier ès lettres. On dirait une sorte d'encyclopédie que bien des têtes ne peuvent contenir et bien des esprits cultiver fructueusement; et pourtant, si l'on voulait parcourir toutes ces connaissances en particulier, il n'en est presque pas une, oui, je le maintiens, pas une qui ne soit utile au médecin, car

(1) Voy. notre édition des *lettres de Guy-Patin*, Paris, 1846 ; 3e vol., p. 231, et *passim*.

notre science, par une sorte de privilége spécial, se lie à toutes les autres. *Apprenez tout*, si vous le pouvez, disait jadis un illustre professeur, car *tout vous sera utile*; aussi de toutes les professions libérales exige-t-on seulement, pour la médecine, la conquête, le mot n'est pas trop fort, la conquête de *trois diplômes*, pour avoir le droit d'exercice. Concevez-vous cette terrible exigence, trois diplômes? Eh bien! cela doit être, puisque la médecine largement comprise, ce qui sera un jour, nous l'espérons, tient à toutes les questions véritablement sociales; que tout progrès réel de l'humanité dépend d'elle et ne peut s'opérer complétement sans elle; qu'elle intervient dans tout le bien qu'on veut faire aux hommes, j'entends le véritable bien, le vrai progrès, qui n'est ni celui qu'on rêve, ni celui qui renverse, ni celui qui violente. Pourquoi cette immense part de la médecine dans la société? C'est que les hommes sont, dans l'homme, l'unique, le perpétuel objet de nos études et de nos recherches.

Ce sont pourtant ces connaissances, si belles, si nobles, si élevées, que l'on condamne comme d'inutiles curiosités, aussitôt qu'on se livre à la pratique, précisément quand on est en présence de la société active, qu'on s'adresse aux hommes; c'est-à-dire quand on en a plus besoin que jamais, surtout à notre époque où les hommes adonnés à l'art de guérir peuvent aussi faire partie du corps politique, où le titre de docteur en médecine n'exclut pas du privilége de s'asseoir parmi les *docteurs de la loi*. Conçoit-on maintenant un motif de quelque valeur pour maintenir le préjugé que je combats, préjugé fatal qui tend à déconsidérer le médecin, en abaissant l'intelligence de ceux qui l'exercent? Ah! ce n'était pas sans raison que Desgenettes, de caustique mémoire, disait aux récipiendaires de la Faculté: « Souvenez-vous qu'un médecin illettré est un âne à diplôme. » C'est là, en effet, une grave et importante vérité. Certes, il n'entre pas dans mon intention d'énumérer ici les prodigieux avantages des lettres et de la philosophie quand il s'agit de médecine; on l'a déjà fait, quoique d'une manière incomplète. Je dirai pourtant qu'un homme qui s'est appliqué à cette étude est plus capable qu'un autre de hâter le progrès de la science. Habitué de bonne heure à réfléchir, à combiner ses idées, à les coordonner, il acquiert par cela même une faculté de pénétration, une rectitude de jugement, une ampleur de coup d'œil qui le guide et l'éclaire, quand il faut donner des coups de sonde à l'inconnu, faire des expériences et en tirer des conclusions d'autant plus justes et utiles, que ce même homme a su mesurer à l'avance les difficultés au but, l'effort à l'obstacle. Mettez à côté et en parallèle un homme dont le *déficit* moral est à peu près complet, et vous verrez, tout étant égal d'ailleurs, les différences qui en résulteront dans le progrès et même dans l'exercice de l'art. Allons plus loin encore: ajoutons que ce genre d'études a non-seulement une influence favorable sur l'esprit, mais encore sur les habitudes, sur le caractère, sur les mœurs car quiconque a reçu une éducation soignée, libérale, doit se respecter et rendre sa profession respectable. Ce qui nous manque le plus à notre époque, soyons vrais, c'est le sens moral. Eh bien! on l'acquiert comme forcément par les études dont il s'agit, et que certains affectent de dédaigner. Toutes les fois que nous remuons ces grands mots de science, de principes, de droit, de justice, de liberté, de progrès, que faisons-nous? sinon ramener le fond essentiel de la philosophie. Or, rien ne donne plus de dignité personnelle au médecin, plus d'éclat à sa profession; n'est-ce pas là constituer une sorte d'aristocratie dans la démocratie elle-même? D'ailleurs

l'utilité directe de la philosophie pour notre art, est démontrée depuis longtemps. Est-ce qu'on a jamais pu la séparer de l'étude médicale de l'homme? Est-ce qu'il est possible de s'en passer dans la connaissance des formes variées de l'aliénation mentale? Est-ce que dans chaque maladie il n'y a pas, du côté de l'individu malade, souffrant, quelque chose de psychique, de moral, que le praticien, observateur judicieux, ne perd jamais de vue?

Reveillé-Parise.

(*La fin au prochain numéro.*)

SUR LE RÉGIME ALIMENTAIRE DES MINEURS BELGES : INFLUENCE REMARQUABLE DU CAFÉ.

Note lue à l'Académie des sciences, par M. Gasparin.

La population des mineurs des environs de Charleroi a résolu ce problème : se nourrir complétement, conserver sa santé, une grande vigueur des forces musculaires, avec une nourriture moitié moindre en principes nutritifs que celle qui est indiquée par l'observation dans le reste de l'Europe. Avant de décrire ce régime, je vais rappeler quelques principes que je crois accordés par tous les savants qui se sont sérieusement occupés d'alimentation.

Le régime de l'homme se compose partout de substances qu'on a reconnues propres à subir l'action des organes digestifs et qui portent le nom d'aliments; ceux-ci contiennent invariablement des matières albuminoïdes et des principes ternaires privés d'azote; les uns et les autres sont plus ou moins enveloppés et défendus par du ligneux, de la cellulose, et associés à d'autres principes adventifs, des huiles essentielles, des sels et des matières terreuses.

Ces dernières substances, en formant un obstacle plus ou moins grand à l'action digestive, établissent entre les aliments une échelle de valeur qui n'est pas exactement en rapport avec le chiffre des principes vraiment nutritifs.

Mais en considérant seulement ceux-ci dans des différents régimes des hommes, on reconnaît que leurs éléments ne conservent pas un rapport constant; que, par exemple, dans la nourriture des ouvriers anglais qui travaillaient au chemin de fer de Rouen, l'azote était au carbone comme 100 : 1887, et que dans celle des Irlandais, dans les pays où la pomme de terre est la base de la nourriture, l'azote est au carbone comme 100 : 3942. La dose des matières carbonées est donc essentiellement variable, et n'a de limites que la capacité des organes.

Il en est autrement des substances albuminoïdes représentées par l'azote. Il résulte des enquêtes que nous avons faites dans un grand nombre de nos départements, que ce principe ne varie pas dans des limites plus étendues que celles de 20 à 26 grammes d'azote dans la ration journalière des hommes faits. Or, voici le fait que j'ai observé en Belgique et qui fait l'objet de cette note. L'analyse démontre que le régime des ouvriers de Charleroi ne renferme pas plus de 14.820 d'azote; et, ce qui paraît le distinguer surtout de tous les autres régimes, c'est l'usage habituel du café bu à tous les repas.

Ce régime est le suivant : le matin, en se levant, l'ouvrier fait ce qu'il

appelle son café. C'est une infusion très-légère de café et de chicorée mélangés à peu près par moitié. Cette boisson, à laquelle on ajoute un dixième de lait, constitue presque entièrement la partie liquide de l'alimentation. Avant de se rendre à son travail, le mineur prend un bon demi-litre de ce café, et mange une bonne tartine de pain blanc avec du beurre. Il emporte avec lui, dans la mine, de pareilles tartines beurrées avec une bouteille de fer-blanc qui peut contenir au plus un litre de café. Ces aliments sont consommés par lui dans la journée. Le soir, en rentrant chez lui, il mange des pommes de terre cuites avec des choux ou tout autre légume vert. Il termine ce repas par une tartine beurrée et une tasse de son café.

Tous les ouvriers entendus dans l'enquête qui a été instituée à cet effet, ont déclaré qu'ils mangeaient un pain en deux jours. Les pains pèsent environ quatre livres; c'est pour chacun deux livres, ou un kilogramme par jour. Ils ne mangent de viande que les dimanches et jours de grande fête, et boivent, ces jours-là, chacun une couple de litres de bière. Leur pain est toujours blanc et de bonne qualité; mais il n'y a que quelques ouvriers privilégiés qui mangent de la viande un autre jour de la semaine. C'est une exception très-rare.

La quantité de beurre consommée peut être évaluée à deux onces (60 grammes) par jour.

La quantité de café et de chicorée consommée par jour est d'environ une once (30 grammes 59) de chaque espèce. La portion de pommes de terre et légumes cuits ensemble, qui est mangée le soir, est d'une livre et demie (750 grammes) au plus. L'ouvrier, pendant la semaine, ne boit ni bière, ni autre liqueur fermentée. Son café est la seule boisson.

Ainsi ce régime se réduit à 2 litres de café, plus deux dixièmes de litre de lait; 1 kilogramme de pain; du beurre en quantité variable; 750 grammes de légumes verts; demi-kilogramme de viande par semaine ou 73 grammes par jour moyen; 2 litres de bière par semaine ou 286 grammes par jour moyen.

Le pain des ouvriers de Charleroi peut être assimilé, par sa valeur nutritive, au pain dit de 4 livres de Paris, qui dose 1,25 pour 100 d'azote.

Les analyses de M. Payen nous montrent que 100 grammes de poudre de café moulu donnent une infusion contenant 0 gramme 726 d'azote, 100 grammes de poudre de chicorée 0 gramme 574 d'azote.

La viande à son état normal, avec sa proportion habituelle d'os, dose 2,42 pour 100 d'azote; le lait 0,57 pour 100; les légumes verts 0,36 pour 100.

Le beurre, toujours mal dépouillé de caséum, quand il n'est pas très-bien fait, dose encore 0,64 pour 100 d'azote.

D'après ces données, nous trouvons pour le régime des mineurs belges les chiffres suivants : 2 litres de café :

Café, 30 grammes 50.........	0 gramm.	222 azote.
Chicorée, 30 grammes 59.....	0	176
Lait, 2/10 de litre..........	0	116
Pain, 1 kilogramme.........	12	500
Beurre, 60 grammes.........	0	004
Légumes verts, 750 grammes.	0	037
Viande, 73 grammes.........	1	767
	14	822

C'est donc à 15 grammes d'azote au lieu de 23 que se réduit la proportion des substances albuminoïdes qui entrent dans la ration des mineurs belges. Or, cette nourriture est encore inférieure à celle que s'imposent, par mortification, les ordres religieux les plus austères. J'ai étudié et analysé le régime des religieux de la Trappe d'Aiguebelles (Drôme). Leur teint pâle, la lenteur de leur démarche, le peu d'importance du travail mécanique auquel ils sont soumis, et que les ouvriers du pays n'évaluent pas à plus d'un cinquième du travail d'un des leurs, témoignent que leur alimentation est au minimum dans les circonstances où ils se trouvent. Or, elle contient 15 grammes d'azote et 402 grammes de carbone ou d'hydrogène réduit à son équivalent de carbone.

La nourriture de nos mineurs est aussi inférieure à celle des prisonniers de nos maisons centrales de détention, dont le travail mécanique est presque nul, et se réduit à de légers mouvements des bras, qui exigent plus d'attention et d'adresse que de force. Leur régime journalier contient 16 grammes 56 d'azote et 475 grammes de carbone ou d'hydrogène réduit.

Maintenant, il faut ajouter que le mineur soumis au régime en apparence si pauvre que nous avons décrit, est un ouvrier des plus énergiques; que quand les mineurs français, ceux d'Anzin, par exemple, qui se nourrissent bien plus largement, essayent de travailler dans les mines de Charleroi, ils sont bientôt obligés d'y renoncer, ne pouvant suivre l'ouvrier belge dans l'exécution de sa tâche.

C'est au café que l'on peut attribuer la possibilité de se contenter d'un régime que des enfants ne supporteraient pas; et ce n'est pas comme substance nourrissante qu'il agit ici, car l'analyse nous démontre qu'il n'entre pas pour plus d'un trente-cinquième dans le chiffre des propriétés nutritives des aliments. Le café a donc d'autres propriétés dont il faut tenir grand compte.

Active-t-il les fonctions digestives? Provoque-t-il une plus complète assimilation des aliments? Ou peut-être ne retarde-t-il pas la nutritition des organes, qui n'exigent pas alors une si grande consommation de matériaux pour se réparer et s'entretenir? Dans cette hypothèse, le café ne nourrirait pas, mais il empêcherait de se *dénourrir*.

D'après ces idées, je me proposais de rechercher les effets du café sur les excrétions, quand on m'a indiqué des expériences récentes faites dans ce but par Bocker. Il résulte de ces expériences que, quand les sujets qui y étaient soumis ne faisaient point usage du café, ils rendaient en vingt-quatre heures la quantité de 1,394 grammes 500 d'urine renfermant 22,275 grammes d'urée, 0,578 d'acide urique, 1,291 d'acide phosphorique, et que, quand ils faisaient usage de café, la quantité de leur urine s'élevait à 1,733 grammes 740, renfermant 12,585 d'urée, 0,402 d'acide urique et 0,854 d'acide phosphorique. Si des expériences ultérieures confirmaient ces résultats, on expliquerait facilement le fait que nous venons de rapporter.

Nous savons d'ailleurs combien sont sobres les peuples qui font un grand usage du café. Les abstinences prodigieuses des caravanes, le régime si peu nutritif des nations arabes, viennent appuyer de l'autorité d'une longue expérience les effets que l'on peut attribuer à ce breuvage, et les distributions de café à nos troupes, dans les fatigantes courses de l'Algérie, sont regardées par les militaires comme un des meilleurs moyens de les leur faire supporter.

D'autres substances aussi doivent avoir des effets analogues, et qu'il sera intéressant d'étudier; nous citerons entre autres l'usage des bulbes alliacés, si commun dans le midi de l'Europe. D'un autre côté, M. Barral vient de mettre en lumière que l'usage du sel marin augmente la proportion de l'urée et de l'acide urique de l'urine dans une très-grande proportion, et produirait ainsi des effets entièrement contraires à ceux du café.

L'aisance qui règne dans la population soumise au café ne peut pas être mise en doute. Il n'y a d'autres pauvres dans le pays que ceux que des blessures accidentelles, trop fréquentes dans les mines, privent de la faculté de travailler.

Ces recherches peuvent avoir de très-grandes conséquences sur le sort des populations et doivent préoccuper sérieusement les chimistes, les médecins et les économistes. S'il était prouvé que, sans nuire à la santé, au développement et au maintien des forces, l'usage du café permet à l'homme de se contenter d'une nourriture beaucoup moins abondante, on pourvoirait avec moins de peine aux déficits des temps de disette, et l'on comprendrait qu'il est important d'étendre l'usage de ce breuvage, et de ne pas le gêner par des droits trop élevés qui seraient alors de véritables taxes sur les objets de consommation générale.

L'Académie de médecine vient encore de faire un nouveau choix auquel nous ne pouvons qu'applaudir. Elle a nommé M. Ricord dans la section de pathologie chirurgicale, par 59 voix, contre 32 données à M. Larrey, 5 à M. Gosselin, et 1 à M. Maisonneuve.

A propos des primes excentriques offertes par quelques journaux aux abois, la presse médicale belge publie un long article qu'elle termine par les réflexions suivantes :

« Lorsque nous voyons ces subterfuges auxquels sont obligés nos confrères de Paris, nous ne pouvons nous empêcher d'être douloureusement affectés. Ainsi, la science ne sait plus se faire accepter par elle-même; il faut qu'on y joigne des objets étrangers pour la faire passer : c'est la réalisation de Jérôme Paturot ajoutant à son journal tantôt un paletot, tantôt une paire de bottes, tantôt une terrine de foie gras, tantôt un chapeau, etc., selon le goût d'un chacun, et faisant passer le journal à la faveur de cet accompagnement. C'est un indice irréfragable de la décadence du journalisme médical; décadence qui d'ailleurs existe chez nous aussi bien que chez nos voisins du Midi. »

Nous protestons pour notre part contre cette accusation de décadence portée contre le journalisme médical de notre pays, car il est un fait certain, c'est que, grâce à son influence, le nombre des lecteurs a plus que doublé depuis une quinzaine d'années. Les praticiens savent aujourd'hui qu'ils seraient coupables de se tenir isolés du mouvement utile qui s'opère autour d'eux. Il serait curieux, sans doute, d'examiner les causes qui se sont opposées au succès d'un si grand nombre de publications périodiques, que quelques jours ont vues naître et mourir. Mais le terrain est trop délicat pour que nous voulions l'aborder aujourd'hui.

Notre honorable confrère M. Pommier, chirurgien de troisième classe de la marine, vient d'être autorisé à accepter une épée d'honneur qui lui a été offerte par le Conseil municipal de l'île de Sam, en témoignage de sa gratitude pour les soins dévoués que cet officier de santé a donnés aux cholériques de cette commune pendant l'épidémie de 1849. Ces témoignages de reconnaissance sont si rares, que nous devons les enregistrer tous. En voici un second non moins honorable : les habitants d'une petite paroisse d'Angleterre ont fait entre eux une collecte, destinée à présenter à M. W. Bush une écritoire en argent, en témoignage de leur reconnaissance pour le zèle que ce médecin a montré dans la dernière épidémie de choléra.

M. le ministre de la guerre vient de prendre une mesure très-grave, par laquelle les hôpitaux militaires d'instruction et de perfectionnement seront supprimés à dater du 1er mai prochain. Il est accordé, à titre d'indemnité de licenciement, aux élèves de l'hôpital de perfectionnement, la continuation, pendant un an, de la subvention de 600 fr.; aux élèves des hôpitaux d'instruction de Lille, Metz et Strasbourg, la jouissance, pendant un an, de la subvention de 400 fr. Enfin, les élèves liés au service militaire seront maintenus, pendant un délai qui ne pourra dépasser quatre ans, en position de congé, pour pouvoir continuer leurs études médicales, mais sous la condition de justifier chaque année du nombre des inscriptions qu'ils auront prises.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes vient d'instituer une Commission chargée d'examiner si l'organisation actuelle des Ecoles supérieures de pharmacie ne serait pas susceptible des quelques modifications, et notamment s'il n'y aurait pas lieu de réduire le nombre des chaires dont ces écoles sont dotées, en considération des chaires analogues qui existent dans les Facultés de médecine ou des sciences près desquelles elles sont placées. Cette Commission est composée de MM. Thenard, Maissiat, Orfila, Bérard, Bussy, Persoz, Milne Edwards, Chevreul, de Jussieu.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, un concours sera ouvert le 6 mai prochain devant la Faculté de médecine de Paris, pour des places d'élèves internes, deux en pharmacie et quatre en médecine. près les établissements thermaux de Vichy, Néris, Bourbon-l'Archambault et Plombières. Sont seuls admis à concourir les élèves internes en médecine et en pharmacie des hôpitaux dans leur troisième année d'exercice, les lauréats des Facultés de médecine et des Ecoles supérieures de pharmacie, les élèves en médecine et en pharmacie qui auront adressé à l'Académie de médecine ou à l'Académie des sciences un travail spécial sur les eaux minérales, qui aura été jugé digne d'une mention favorable.

Nos honorables confrères MM. les docteurs Bigot et Mérault, médecins de l'hôpital d'Angers, et M. Goult, chirurgien-major du 11e léger, ont reçu des mains de M. le président de la République la croix de la Légion-d'Honneur, en récompense de leur dévouement et de leur zèle à servir les malheureuses victimes de la catastrophe du pont d'Angers.

Un concours s'ouvrira le 1er mai devant la Faculté de médecine de Montpellier pour la chaire de clinique chirurgicale vacante par le décès du professeur Serre. Les candidats inscrits, au nombre de cinq, sont : MM. Sanson (Alphonse), professeur agrégé à Paris; Benoit et Alquié, agrégés à Montpellier; Martin, docteur en médecine et Rigaud, professeurs de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

La Société médicale des hôpitaux a renouvelé son bureau pour 1850. Ont été nommés : président, M. Fouquier; vice-président, M. Trousseau; secrétaire général, M. Requin; secrétaires particuliers, MM. Léger et H. Roger; trésorier, M. Labric.

Notre honorable confrère, M. Villemin, a été nommé médecin de l'hospice des Orphelins de Strasbourg, en remplacement de M. Ubersaal, décédé. M. Wieger, chef de clinique de la Faculté, a été nommé médecin adjoint.

Il est question de créer une Ecole de médecine préparatoire à Alger. Déjà il existe dans cette ville, depuis 1846, une Société de médecine qui a rendu de grands services pendant la cruelle épidémie qui a ravagé notre colonie.

L'Assemblée législative a adopté définitivement la proposition de M. de Melun, relative à l'assainissement des logements insalubres.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

REMARQUES SUR LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU PAR LES VÉSICATOIRES VOLANTS.

Par M. Martin-Solon, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Le rhumatisme aigu ou chronique, articulaire, fibreux, musculaire, simple ou goutteux, est une maladie qui, à cause de son opiniâtreté, des douleurs atroces qu'elle occasionne souvent et des déformations qu'elle détermine quelquefois, mérite le plus la sollicitude des médecins. De toutes les formes que nous venons de mentionner, l'arthritis aiguë est celle que l'on parvient le plus facilement à guérir ; on n'a, pour ainsi dire, que l'embarras du choix pour adopter une méthode curative favorable. La saignée plus ou moins abondante ou pratiquée coup sur coup, le tartre stibié, le sulfate de quinine et le nitrate de potasse donnés à haute dose ou à dose contro-stimulante, sont les moyens qui se disputent la conviction des praticiens, et à l'efficacité desquels ils ont nécessairement recours lorsque la maladie a une incontestable gravité. L'expectation, dans ce cas, serait impardonnable, car ce qui importe le plus dans cette terrible affection, c'est d'empêcher son passage à l'état chronique et d'éviter les altérations nombreuses et variées qui en sont la suite. Le tartre stibié, si utile dans la pneumonie aiguë, est beaucoup moins employé dans le rhumatisme que les deux autres contro-stimulants précédemment cités. A ces divers moyens M. Dechilly, médecin de l'hôpital de Vaucouleurs, vient d'en ajouter un nouveau : c'est l'application de larges vésicatoires volants sur toute l'étendue des articulations malades, pendant la période la plus aiguë de l'arthritis. L'insuffisance qu'il reproche à la saignée et au nitrate de potasse, les dangers qu'il dit avoir trouvés dans l'usage du sulfate de quinine, ont déterminé ce laborieux confrère à rechercher quelque agent plus efficace, et à proposer l'emploi des vésicatoires dans le désir d'abréger la durée de la maladie et d'en diminuer la violence.

Le Mémoire présenté à l'Académie de médecine par M. Dechilly se compose de deux parties : dans la première notre confrère émet quelques courtes considérations générales sur l'arthritis aiguë ; il rapporte dans la seconde quatorze observations pour venir à l'appui du traitement qu'il propose. D'après M. Dechilly, la saignée combat, il est vrai, le symptôme fébrile du rhumatisme, mais n'en atteint pas l'agent morbifique. Selon lui, en effet, le rhumatisme n'est pas plus une inflammation des articulations, que la variole et la rougeole ne sont des

inflammations de la peau, que la fièvre typhoïde n'est une inflammation du tube digestif. Dans ces différents cas, la phlegmasie n'est que la manifestation symptomatique d'une cause morbide qui existe dans l'économie; c'est cette cause que M. Dechilly se propose d'attaquer par l'emploi des vésicatoires.

Dans la première observation de M. Dechilly, ce n'est qu'après le douzième jour de l'invasion du rhumathisme, quand plusieurs évacuations sanguines et quelques grammes de nitrate de potasse avaient été employés sans efficacité, que notre confrère eut recours à l'application des vésicatoires volants pour guérir la maladie.

Le début du traitement est encore antiphlogistique dans la deuxième observation; son insuffisance détermine M. Dechilly, enhardi par ce qu'il appelle un premier succès, à faire appliquer, dès le cinquième jour de l'affection, un large vésicatoire sur chaque articulation tibio-tarsienne. Le malade se rétablit, mais une imprudence fait reparaître l'arthritis dans les genoux; de nouveaux vésicatoires poursuivent avec avantage le rhumatisme sur chacune des articulations envahies. En examinant les autres faits qui ont trait à l'arthritis, on trouve la plus grande analogie avec ceux que nous venons d'indiquer.

En résumé, quand une arthritis aiguë se présente, M. Dechilly fait pratiquer une saignée générale, si le sujet est pléthorique et vigoureux. Si le cerveau, si le péricarde, ou quelque partie de la plèvre sont menacés de congestion, il conseille l'apposition locale des sangsues; mais quant aux articulations malades et douloureuses, il couvre, sans plus attendre, chacune d'elles d'un vésicatoire assez large pour que toute la synoviale puisse participer à son action. Dans une de ses observations l'auteur fait remarquer qu'une articulation radio-carpienne, enveloppée imparfaitement du vésicatoire, conserva douloureuse la portion articulaire qui n'avait point été en contact avec l'emplâtre épispastique.

La vésication détermine, il est vrai, des douleurs vives, mais elles n'égalent pas l'acuité ni l'intensité de celles du rhumatisme; d'ailleurs, ces douleurs de vésication se dissipent complétement en douze ou quinze heures. Dès le lendemain, la tuméfaction rhumatismale est déjà moindre, et la douleur atroce qui l'accompagnait suffisamment diminuée pour permettre de légers mouvements et ne laisser dans l'articulation qu'un sentiment d'engourdissement. Le pouls a presque toujours perdu de sa fréquence et la peau de sa chaleur fébrile; la sécrétion et l'excrétion urinaire n'éprouvent habituellement aucune modification fâcheuse. M. Dechilly affirme même que, sans prendre la précaution de camphrer les vésicatoires, il a vu, dans plusieurs cas, leur application diminuer une dysurie préexistante. Notre confrère en fournit un

exemple. Nous n'avons pas non plus observé de dysurie chez les premiers malades pour lesquels nous avons eu recours au traitement de de M. Dechilly. L'urine de l'un d'eux donna cependant, le troisième et le quatrième jour de l'application vésicante, un précipité albumineux par l'acide nitrique, mais il n'y eut point de douleur en urinant. Chez un autre malade, qui subit à la fois l'application de cinq vésicatoires, l'urine fut très-légèrement précipitable, mais la miction assez peu douloureuse pour que le malade ait seulement perçu la sensation parce que l'on appela sur elle son attention. Nous devons faire observer que ces différents malades n'avaient point, comme ceux chez lesquels M. Morel-Lavallée a observé l'albuminurie ou cystite cantharidienne, subi l'application de ventouses scarifiées avant celle des vésicatoires.

Pour revenir au traitement de M. Dechilly, disons que le rhumatisme continue sa marche dans les parties endolories qui n'ont point été couvertes d'épispastiques, et qu'il envahit les unes après les autres les synoviales restées saines ; de sorte qu'il faut poursuivre l'ennemi directement dans chaque jointure, à mesure qu'il s'y présente. Ainsi, un malade de M. Dechilly eut treize vésicatoires posés en six applications successives, soit sur des articulations, soit sur des gaînes synoviales tendineuses voisines. M. Dechilly affirme qu'aucun de ses malades n'a éprouvé d'accident ou d'incommodité capables de contre-indiquer sa méthode. Ses observations démontrent qu'elle guérit quelquefois l'arthritis aiguë en cinq ou six jours ; mais cette issue favorable peut se faire attendre souvent plus longtemps.

L'emploi des vésicatoires a été généralement repoussé dans le traitement des phlegmasies, pendant leur période aiguë. Les auteurs varient même beaucoup sur le choix du lieu de leur application vers le déclin de la maladie, période à laquelle ils sont indiqués pour beaucoup de médecins. Barthez aimait mieux, dans ce cas, que l'application eût lieu au voisinage de la partie affectée. Hoffmann préférait un point éloigné. La nature rhumatismale de l'inflammation a déterminé quelques médecins à ne point avoir égard à ces distinctions, lors même que la maladie se trouvait à sa période d'acuité. Stoll nota d'une manière particulière l'effet prompt et heureux des vésicatoires dans les rhumatismes fébriles. M. Dechilly a bien pu, à l'exemple de l'illustre professeur de Vienne, chercher le moyen de guérir l'arthritis aiguë dans une médication vantée par ce grand maître.

Les observations citées par M. Dechilly nous ont engagé, par les effets quelquefois satisfaisants que nous en avons retirés, à essayer un traitement qui pouvait avoir des avantages que l'on demanderait peut-être en vain aux méthodes curatives que nous possédons maintenant. En

y réfléchissant un peu d'ailleurs, nous avons peu à peu perdu la répugnance que nous avions d'abord pour appliquer de larges vésicatoires sur des articulations violemment enflammées. Nous nous sommes rappelé les avantages de cette médication dans l'érysipèle phlegmoneux, avantages proclamés par Petit, de Lyon, souvent observés par nous à la clinique de notre illustre maître Dupuytren; avantages dont on trouve bon nombre de preuves dans l'excellente thèse de notre collègue Patissier (Année 1815, n° 202); avantages enfin que M. Velpeau, un grand nombre de praticiens, et nous-même avons souvent constatés dans ces cas. Nous nous sommes rappelé l'utilité des vésicatoires employés pour arrêter la marche envahissante de certains érysipèles, ou la turgescence beaucoup trop considérable de pustules varioliques; nous nous sommes aussi rappelé que, contre la pleurésie aiguë, plusieurs médecins distingués vantent les résultats de leur application *loco dolenti*, pendant la période d'acuité de la maladie. N'y a-t-il pas quelque analogie entre ces différents cas? Dans les premiers, le vésicatoire est appliqué sur la partie enflammée elle-même; dans le dernier, plusieurs tissus séparent le vésicatoire de la membrane malade; mais dans tous il s'agit de faire disparaître une irritation locale, sous l'influence de celle que l'on produit à l'aide d'un nouvel irritant, à peu près comme on voit, dans les expériences de M. Hastings, en Angleterre, et de M. Gendrin, en France, une solution d'hydrochlorate de soude, appliquée sur une patte de grenouille, faire abonder le sang dans les vaisseaux et y produire une hypérémie, tandis qu'aussitôt après, l'application d'un autre irritant sur le même point, l'alcool, modifie la circulation capillaire, et diminue la rougeur de la partie. Au reste, l'expérience n'a fait que nous confirmer l'innocuité de la méthode de M. Dechilly, et nous en a démontré les avantages incontestables.

Voici l'exposé succinct de l'un des premiers faits que nous avons observés. Dans ces cas, comme dans toute expérimentation thérapeutique, nous avons cru devoir recourir autant que possible à l'emploi unique du moyen indiqué.

Obs. I. Rhumatisme articulaire intense abandonné aux seuls efforts de la nature pendant les six premiers jours de la maladie, chez un sujet de vingt-trois ans; une petite saignée et trois larges vésicatoires volants sont prescrits le septième jour. Les trois articulations soumises à l'action vésicante sont, le lendemain, dans un état satisfaisant, et deux nouveaux vésicatoires sont appliqués avec autant de succès sur deux autres jointures. Le neuvième jour de la maladie, on en couvre trois articulations nouvellement envahies. Le mouvement se rétablit immédiatement dans les diverses articulations, la synovie est promptement résorbée, la fièvre diminue et cesse; mais une sorte d'endolorissement persiste dans plusieurs jointures, sans indication de l'emploi de nouveaux vésicatoires ni d'un autre moyen actif.

Une légère recrudescence se manifeste le vingt-deuxième jour de la maladie, avec fièvre et douleur dans une des articulations antérieurement couvertes d'un vésicatoire. Emploi du sulfate de quinine à la dose de 1 gramme 50 centigrammes. Deux derniers vésicatoires (neuvième et dixième) sont appliqués plus tard sur les articulations scapulo-humérales, dont les douleurs n'avaient jamais été très-aiguës. La guérison devient complète le trente-septième jour de la maladie, et le trentième du traitement vésicant.

La lenteur que nous venons de remarquer dans la terminaison de ce rhumatisme est encore à peu près la même dans un cas que nous avons observé, et pour lequel nous n'avions pas fait pratiquer de saignée au début du traitement.

Nous ne rapportons pas ces observations, elles n'auraient d'autre valeur que celle de mettre en relief la facilité avec laquelle les articulations et l'économie supportent l'action de vésicatoires aussi nombreux et aussi larges, et de faire voir la promptitude avec laquelle les symptômes fébriles et les douleurs articulaires disparaissent. Le sommaire de l'observation que nous avons fait connaître suffit pour montrer que la douleur cède dans les seules articulations que l'on couvre de vésicatoires; celles qui étaient déjà malades et qui ne sont pas soumises immédiatement à la médication n'en éprouvent pas de modification, pas de soulagement, et le rhumatisme n'en continue pas moins à envahir les membranes synoviales qui n'avaient point été encore affectées. Cependant, quand la maladie a peu d'intensité, ou se borne à un petit nombre d'articulations, elle peut s'éteindre en quelques jours par la seule application des vésicatoires. M. Dechilly en a rapporté plusieurs cas. Mais quand l'affection est plus grave et plus étendue, elle se prolonge souvent beaucoup, parce qu'une articulation nouvelle se prend à mesure que se dégagent celles sur lesquelles des vésicatoires avaient été appliqués. Nos observations le démontrent tout aussi bien que celles de M. Dechilly.

La méthode vésicante ne met pas les rhumatisants à l'abri des recrudescences. Le sommaire de l'observation que nous avons cité le prouve, et quelques-uns des faits rapportés par M. Dechilly le démontrent également.

Nous ne devions pas dissimuler l'insuffisance de la méthode vésicante contre l'arthritis aiguë, après avoir fait remarquer avec quelle rapidité et quelle constance la douleur abandonne les articulations rhumatisées pour lesquelles on l'a employée. Aussi ces deux résultats favorables nous avaient-ils fait penser qu'il se rencontrerait quelques cas où la médication de M. Dechilly serait plus spécialement indiquée. En voici un qui se trouve dans ces conditions; nous en rapporterons l'observation.

Affaibli par une polyarthrite aiguë et récente, le malade qui en fait le sujet ne pouvait être soumis au régime antiphlogistique ; atteint d'une diarrhée rebelle, le sulfate de quinine, aussi bien que le sulfate de potasse à haute dose ne pouvaient lui convenir ; l'expectation, l'opium dont M. Requin vante les bons effets, quelque médication de valeur contestée, où les vésicatoires pouvaient seuls être proposés. Nous préférâmes le dernier moyen, dans l'espoir de rétablir plus promptement un malade impatient d'ailleurs de recouvrer la santé.

Obs. II. Un boulanger, âgé de trente ans, d'une assez bonne constitution, contracte pendant le mois de janvier 1849, un premier rhumatisme articulaire, dont il guérit en douze jours, par l'usage du sulfate de quinine à haute dose. Sorti trop tôt de l'hôpital, cet homme est repris de rhumatisme le 21 février. Entré à la salle Saint-Lazare de l'Hôtel-Dieu, le 27, sixième jour de sa maladie, les deux cou-de-pieds, les genoux, l'épaule gauche, le poignet et la main du même côté sont atteints d'arthritis aigüe ; le pouls donne quatre-vingt-quatre battements forts et durs ; soif vive, diarrhée abondante sans colique, large vésicatoire volant sur chacune des cinq premières articulations qui sont le plus douloureuses, chiendent, diète.

Le lendemain, les articulations couvertes de vésicatoires peuvent exécuter des mouvements sans douleur ; le poignet gauche, qui n'a point été soumis à l'application du vésicatoire, est un peu plus tuméfié ; quatre-vingt-quatre pulsations, diminution du dévoiement, miction un peu plus douloureuse, urine très-faiblement albumineuse. Vésicatoire sur le poignet.

Le troisième jour du traitement, le poignet est en bon état, le pouls normal, l'urine non albumineuse. Mais l'épaule gauche, malgré la vésication convenablement opérée, est redevenue douloureuse et tuméfiée.

Cinquième jour du traitement. Soixante-huit pulsations ; persistance de la douleur de l'épaule. Vésicatoire. Le malade mange un demi-cinquième.

Neuvième jour. Douleur envahissant le poignet droit, soixante-seize pulsations. Vésicatoire, potages.

Dixième jour, poignet droit en bon état, prolongation du rhumatisme aux articulations métacarpo-phalangiennes droites. Vésicatoire sur ces jointures.

Onzième jour du traitement, dix-septième de la maladie. Toutes les douleurs ont cessé, le dévoiement n'a pas reparu ; le malade mange un cinquième. Deux jours après, il demande instamment sa sortie, se trou v a n très-bien, quoique conservant un peu de raideur dans plusieurs de ses articulations.

En même temps que cette observation donne un exemple de l'indication et, pour ainsi dire, de la nécessité de l'emploi des vésicatoires dans le traitement du rhumatisme, puisque, ainsi que nous le faisions remarquer d'abord, la plupart des autres médications étaient contre-indiquées, elle donne aussi une nouvelle preuve de l'utilité et de l'efficacité de la méthode vésicante employée seule et dans toute sa rigueur.

M. Dechilly combine souvent sa méthode avec les émissions sanguines, soit que celles-ci précèdent l'application des vésicatoires, soit

qu'elles l'accompagnent. Cette précaution peut être utile, mais nos observations nous ont fait voir qu'elle n'est pas indispensable pour établir la tolérance des vésicatoires et favoriser leur action résolutive locale. Quant à la marche envahissante du rhumatisme, nous n'avons pas remarqué non plus que la réunion des émissions sanguines générales ou locales et des vésicatoires ait eu pour l'arrêter plus d'avantage que la vésication employée seule ; il faut dans ce traitement, comme dans les autres, se rendre compte de l'indication à suivre, pour se déterminer à employer la médication pure ou modifiée par les moyens déjà connus.

Notre confrère s'est, selon nous, exagéré les inconvénients que peut avoir l'usage du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement du rhumatisme. Il repousse ce moyen, ainsi que l'emploi du nitrate de potasse, comme offrant plus de dangers que d'avantages. Nous croyons à ce sujet qu'il est dans l'erreur.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MARTIN-SOLON.

DE L'EMPLOI DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE AUX DIVERSES PÉRIODES DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Par M. le docteur DUCLOS, médecin de l'hôpital Saint-Martin de Tours.

J'ai administré fréquemment l'huile de foie de morue, aux diverses périodes de la phthisie pulmonaire, guidé en cela par quelques vues théoriques et d'induction, et par l'autorité d'hommes qui en ont obtenu quelques résultats. Je me propose de dire brièvement quels effets ce médicament a produits, dans quelles conditions spéciales et suivant quel mode d'administration je l'ai employé ; je dirai ce que j'ai vu et rien de plus.

L'huile de foie de morue est, comme on le sait, un médicament assez récemment introduit dans la thérapeutique, particulièrement en France. En Allemagne, et surtout dans les pays du Nord, la Suède, la Norwège, la Hollande, quelques médecins en prescrivaient bien l'emploi, mais il est vrai de dire qu'en général c'était un remède peu usité parmi les praticiens. Il n'en était pas de même des personnes étrangères à l'art. L'huile de foie de morue était un médicament populaire. Le rachitisme, les scrofules, les gourmes étaient les affections contre lesquelles on l'administrait le plus souvent, sans l'avis du médecin, et souvent contre cet avis.

Quand l'huile de foie de morue fut introduite dans la thérapeutique, son emploi se généralisa bientôt. On l'appliqua successivement au traitement des maladies les plus différentes, et les remarquables succès qu'on

obtint dans quelques cas lui donnèrent rapidement la valeur d'un médicament de premier ordre. Il y eut sans aucun doute de l'exagération, de l'engouement, mais il n'en resta pas moins incontestable que l'huile de foie de morue exerçait dans quelques maladies une puissante action, et particulièrement dans le rachitisme et dans certaines formes de la maladie scrofuleuse.

En racontant ici ce que j'ai vu de ses effets dans la phthisie pulmonaire, j'ai besoin de bien préciser la question. On a tant vanté de remèdes dans cette cruelle affection, et on a si souvent échoué, que chaque traitement nouveau ne doit être accepté qu'avec la plus grande réserve et en quelque sorte sous bénéfice d'inventaire. Pour moi, toute la difficulté se réduit à une question de diagnostic, et rien de plus. On guérit, on échoue avec le même remède, suivant qu'on a affaire à une véritable phthisie pulmonaire ou bien au contraire à un catarrhe chronique, à un asthme, à un emphysème, maladies quelquefois bien plus difficiles à distinguer de la phthisie tuberculeuse, surtout à certains degrés, que la théorie ne l'indique généralement.

On le voit donc, c'est une question de diagnostic qui, pour moi, doit dominer toute la discussion. J'aurai donc soin d'indiquer, à chaque cas particulier d'administration de l'huile de foie de morue, les signes auxquels j'aurai reconnu la maladie.

On distingue généralement dans la phthisie pulmonaire trois degrés; j'ai essayé le médicament dans ces trois phases différentes de la maladie.

Premier degré. — Rien n'est plus obscur en général que les signes auxquels on reconnaît le premier degré de la phtisie pulmonaire, c'est-à-dire l'état dans lequel les tubercules sont encore à leur période de crudité, sans trace de ramollissement.

En recueillant d'une part les signes indiqués par les auteurs, de l'autre ceux que me suggérait l'observation des malades, il m'a semblé qu'en général la première période de la phthisie tuberculeuse se révélait par l'ensemble plus ou moins complet des symptômes suivants :

Amaigrissement plus ou moins rapide; débilité générale; chaleur habituelle de la paume des mains et de la plante des pieds; élévation et fréquence habituelle du pouls, qui dépasse ordinairement 80 pulsations; oppression et palpitations de cœur se produisant facilement sous l'influence d'une marche un peu vive, d'une course même peu précipitée, et particulièrement quand on essaye de monter; toux sèche habituelle, quelquefois avec une expectoration muqueuse plus ou moins abondante; hémoptysie se renouvelant à des intervalles plus ou moins éloignés; enfin, antécédents tuberculeux, soit par succession directe du père ou de la mère à l'enfant, soit médiatement de l'aïeul ou de l'aïeule;

puis, à l'auscultation, des signes généralement assez difficiles à percevoir, une obscurité du bruit respiratoire dans les points envahis par les tubercules, une résonnance anormale de la voix et de la toux dans les mêmes points, quelques petits craquements ; et enfin, à la percussion, de la matité claviculaire ou autre, suivant le point envahi.

Il est rare qu'on observe chez le même malade un ensemble aussi complet de symptômes. Je me suis attaché, dans l'administration de l'huile de foie de morue, aux malades chez lesquels j'en trouvais réunis le plus grand nombre et les plus importants. Voici de quelle manière je formulais le traitement :

Soir et matin, une cuillerée à bouche d'huile de foie de morue, soit pure, soit additionnée de sirop de Tolu, ou de gomme si le malade répugne au baume de Tolu.

Quatre fois par jour, une tasse d'eau de goudron tiède, soit pure, soit additionnée d'une ou deux cuillerées de lait.

Enfin, si la toux était vive et fréquente pendant la nuit, chaque soir une pilule contenant 1 centigramme d'hydrochlorate de morphine, avec ou sans addition de 5 à 10 centigrammes d'extrait de jusquiame.

En opérant ainsi, voici ce que j'ai observé quant aux effets immédiats du remède et quant à ses effets thérapeutiques.

Les malades éprouvent en général une grande répugnance, qu'on doit rapporter plutôt à l'odeur extrêmement désagréable de l'huile de foie de morue qu'à sa sapidité. Le seul moyen efficace d'obvier à cet inconvénient consiste à se pincer le nez pendant qu'on introduit dans la bouche le médicament et à croquer, immédiatement après l'avoir avalé, quelques substances fortement aromatisées, comme des pastilles de menthe.

Un autre effet désagréable consiste dans de fréquents rapports, des nausées qui succèdent, pendant quelquefois une demi-heure ou même une heure, à l'administration de l'huile de foie de morue. Ces nausées sont même, dans quelques cas, poussées jusqu'aux vomissements. Mais ce n'est là, à vrai dire, qu'un effet généralement temporaire et d'assez peu de durée. La tolérance du médicament s'établit bientôt.

Je n'ai vu que dans un petit nombre de cas l'huile de foie de morue déterminer la diarrhée dans la phthisie au premier degré. Lorsque pourtant le phénomène se produit, on en devient en général facilement maître en ajoutant à l'huile quelques gouttes de laudanum, et, si ce moyen est insuffisant, en traitant directement la diarrhée indépendamment de la cause qui la produit.

Dans quelques cas enfin, l'huile de foie de morue détermine des éruptions eczémateuses. C'est un fait sur lequel j'ai appelé l'attention dans

un travail sur les éruptions sudorales, et un fait qui me semble d'un pronostic favorable, puisqu'il témoigne de la prise qu'exerce sur l'économie le médicament qu'on administre.

Quant aux effets thérapeutiques, c'est sur eux que j'appelle plus particulièrement l'attention.

Le premier malade chez lequel je pus constater l'efficacité de l'huile de foie de morne, à la première période de la phthisie pulmonaire, est une enfant de dix ans, née d'une mère tuberculeuse. Elle avait depuis un certain temps considérablement maigri. Elle était pâle, la peau habituellement sèche et brûlante, le pouls assez fréquent. Les moindres mouvements un peu violents, une marche un peu précipitée déterminaient beaucoup d'essoufflement. Elle toussait fréquemment, sans expectoration. Le bruit respiratoire était notablement diminué dans le côté droit. La voix, dans ce point, avait plus de résonnance que du côté gauche. Tous les praticiens qui l'avaient vue n'avaient pas hésité, et surtout avec les antécédents, à la juger tuberculeuse.

J'administrai l'huile de foie de morue avec le sirop de Tolu, puis le soir une pilule avec 1 centigramme d'extrait gommeux d'opium. Il me fut impossible d'obtenir de l'enfant qu'elle consentît à prendre de l'eau de goudron.

Après une douzaine de jours de ce traitement très-régulièrement suivi, la toux avait très-notablement diminué, et l'état général surtout s'était très-sensiblement amélioré. La coloration du visage, l'animation du teint, les forces revinrent successivement à mesure que les accidents du côté de la poitrine allaient en décroissant et finissaient bientôt par disparaître en entier. J'ai revu cette enfant depuis cette époque, qui remonte à plus de deux ans, et son état n'a pas varié. Elle a toutes les apparences de la santé.

Voilà un premier fait. Je ne crois pas qu'ici l'huile de foie de morue ait guéri la maladie tuberculeuse, qu'elle ait fait que les tubercules n'existent plus dans le parenchyme pulmonaire. Il est bien certain que non. Mais ce qui est évident, c'est qu'elle a enrayé pour un certain temps, pour je ne sais quel temps, mais enfin qu'elle a enrayé la marche de la maladie; en sorte qu'une enfant qui s'en allait dépérissant, chez laquelle des phénomènes graves commençaient déjà à se manifester, a pu recouvrer un état satisfaisant de santé, temporaire peut-être, mais réel.

J'ai, depuis, observé un assez grand nombre de faits identiques à celui qui précède, et dans lesquels l'action de l'huile de foie de morue était aussi évidente. Je me bornerai à en citer encore un.

Il s'agit d'un malade âgé de vingt-cinq ans, exerçant la profession de

jardinier. Outre les symptômes généraux que j'ai précédemment indiqués, on constatait chez lui l'existence d'une matité très-appréciable sous la clavicule droite, avec diminution du bruit respiratoire du même côté. Il avait eu des hémoptysies et toussait fréquemment, avec expectoration muqueuse un peu épaisse.

Je lui prescrivis l'usage simultané de l'huile de foie de morue, de l'eau de goudron, et des pilules de morphine.

Après un mois de traitement il éprouvait déjà une très-notable amélioration. La médication fut continuée pendant près de trois mois, durant lesquels on suspendait de temps en temps, pendant huit à dix jours, l'usage de l'huile de foie de morue. Depuis dix-huit mois bientôt que la santé est revenue, le malade a pu reprendre et continuer sans interruption ses occupations ordinaires.

Je me borne à ces deux faits. Tous ceux que je citerais n'en sont, à quelques symptômes près, qu'une répétition. C'est de l'ensemble de ces faits, consciencieusement observés, que sont résultées, pour moi, quelques données générales, que je vais exposer, sur l'influence de l'huile de foie de morue administrée à la première période de la phthisie pulmonaire.

En général, l'huile de foie de morue enraye la phthisie pulmonaire, en ralentit le développement, quand on l'administre à la première période de la maladie et surtout avant que la fièvre se soit manisfestée. J'insiste tout spécialement sur ce point, et je suis très-convaincu que c'est là qu'on doit chercher la cause de l'inefficacité du remède dans les cas où il a échoné. Autant on peut compter sur l'effet de l'huile en l'absence de fièvre, autant il serait imprudent de le faire quand, déjà, la fièvre s'est manifestée.

La toux se développe, en général, rapidement, soit qu'elle existe seule, soit qu'elle soit accompagnée de sécrétion catarrhale ; mais elle ne disparaît complétement qu'alors que la santé générale est sensiblement rétablie. Il est même vrai de dire que, le plus souvent, la sécrétion catarrhale est modifiée plus promptement que la toux et disparaît avant elle.

C'est, en général, après trois semaines ou un mois de traitement que l'influence de l'huile de foie de morue sur l'économie en général commence à se faire sentir d'une manière notable. On imaginerait difficilement jusqu'à quel point peut être poussée la modification que l'huile de foie de morue imprime à la nutrition générale. J'ai vu des enfants et des adultes, mais des enfants surtout, bien évidemment tuberculeux au premier degré, pâles, amaigris, prendre une coloration rosée, vive, en l'absence de toute fièvre, et un embonpoint qui contraste d'une

manière très-frappante avec leur maigreur antécédente. Je ne doute pas que tous les praticiens qui ont administré l'huile de foie de morue, à cette période de la phthisie pulmonaire et chez des sujets sans fièvre, n'aient fait exactement la même remarque.

On pourrait se demander si l'eau de goudron et l'hydrochlorate de morphine qui, dans un grand nombre de cas, ont été donnés concurremment avec l'huile de foie de morue, ne contribuaient pas pour une large part aux bons résultats qui ont été obtenus. Je ne doute pas, en effet, de la bonne influence de ces deux agents thérapeutiques; mais il est bien évident que c'est l'huile de foie de morue qui forme ici la base essentielle de la médication, puisque, d'une part, un bon nombre de malades ne prenaient pas d'hydrochlorate de morphine ni autre préparation opiacée, en raison de l'absence de toux nocturne, et que, d'autre part, quelques malades, les enfants surtout, se refusaient obstinément à prendre l'eau de goudron. Dans ces deux cas, l'effet thérapeutique ne pouvait évidemment être rapporté qu'à l'huile de foie de morue, puisqu'elle était le seul médicament employé.

Ainsi, on le voit, l'huile de foie de morue est un précieux moyen pour enrayer la marche de la phthisie pulmonaire au premier degré, surtout chez les sujets qui n'ont pas de fièvre. Je ne prétends pas que, quand la fièvre est déclarée, continue, avec redoublement chaque soir, l'huile de foie de morue n'ait plus aucune puissance ; mais, ce que je veux dire et ce qui ressort bien clairement des faits que j'ai observés, et que le praticien ne doit pas perdre de vue, c'est que, dans cette circonstance, l'huile de foie de morue est d'une beaucoup moins grande efficacité. Docteur Duclos.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU TRAITEMENT DES COARCTATIONS URÉTRALES PAR LA DILATATION FORCÉE DE DEDANS EN DEHORS.

Par le docteur Civiale (1).

Dans les traitements où l'on procède à la dilatation d'avant en arrière, il y a deux points qui méritent toute l'attention du praticien ; je veux parler du refoulement en arrière de la coarctation qu'on cherche à traverser, et du frottement que produit, sur la surface interne du canal,

(1) Voir le numéro du 28 février, p. 165.

le passage du corps dilatant. Plusieurs circonstances se réunissent pour en dissimuler l'action.

1° On sait que les introductions répétées des bougies ont pour effet de diminuer la sensibilité de l'urètre, et qu'un moment arrive même où ce canal est tellement accoutumé aux introductions que le malade n'en éprouve plus de sensation pénible. Il ne vient pas à la pensée de chercher là une cause de désordre.

2° Lorsque l'urètre est péniblement affecté du passage des sondes, soit qu'elles dilatent, soit qu'on les introduise dans tout autre but, les effets s'en manifestent rarement d'une manière immédiate et directe. Ce sont presque toujours des phénomènes généraux qu'on observe, et, dans l'impossibilité de suivre la filiation des événements, on incrimine souvent des causes étrangères.

Cependant on ne saurait nier qu'il se produit alors un frottement peu douloureux, et pour ainsi dire inaperçu, dans les cas ordinaires, mais vivement senti et susceptible de devenir une source d'angoisses et d'entraîner des accidents, lorsque surtout la sonde chemine péniblement et dilate avec force. Il s'agit ici d'un effet physique dont la théorie rend parfaitement raison. Réuni au refoulement en arrière de la coarctation par la sonde et aux tiraillements de la partie antérieure de l'urètre dont je viens de parler, cet effet a une si grande portée dans le traitement des coarctations urétrales, que c'était un devoir pour le praticien de chercher d'autres moyens : on s'est arrêté à la dilatation de dedans en dehors.

Déjà, à différentes époques, on avait essayé de dilater les coarctations urétrales au moyen d'instruments qui, après avoir été introduits sans efforts, pourraient se développer d'une manière quelconque. L'idée en remonte fort loin, puisqu'elle se trouve dans *Marianus Sanctus*. Aujourd'hui ces instruments sont : 1° les bougies en corde à boyau, en ivoire déphosphaté, qui se renflent par le seul fait de leur séjour dans le canal ; 2° divers appareils dont on augmente le volume à volonté une fois qu'ils sont mis en contact avec le rétrécissement, entre autres les dilatateurs à air ou à mercure, dont MM. Arnott, Ducamp, Reybard, etc., ont proposé l'emploi ; 3° enfin des instruments destinés à produire la dilatation par le fait même de leur mécanisme.

Les premiers de ces moyens, c'est-à-dire les sondes et bougies qui se gonflent dans l'urètre et conservent ensuite leur volume tout le temps qu'elles y restent, sont jugés. L'expérience a fait voir que, quoique limitée, cette augmentation de volume suffit pour rendre l'extraction de l'instrument difficile, douloureuse, même dangereuse, inconvénient auquel on n'avait pas songé d'abord, et qui a suffi pour faire proscrire ces

sortes de sondes, celles du moins qui grossissent beaucoup. Quant aux bougies en gélatine d'ivoire, il est reconnu aujourd'hui qu'elles ne méritent pas les éloges qu'on leur avait prématurément donnés. Pour l'introduction, elles ont tous les inconvénients des bougies rigides et, de plus, elles glissent moins bien que celles en métal; et l'augmentation qu'elles acquièrent dans l'urètre par le fait de la chaleur et de l'humidité n'est pas suffisante pour compenser cet inconvénient. Eu égard aux dilatateurs à air, à eau, à mercure, ils ne produisent pas les effets qu'on attendait de leur part. La dilatation obtenue n'est pas uniforme; elle s'opère principalement sur les points qui offrent le moins de résistance, et comme celle-ci est généralement plus forte à l'endroit de la coarctation, le lieu qu'il importerait surtout de dilater est précisément celui sur lequel ils agissent le moins, inconvénient qu'ils partagent, du reste, avec les bougies susceptibles de se gonfler dans l'urètre.

Dans les premiers temps de ma pratique j'avais recours, chez les calculeux atteints de rétrécissements, à un instrument légèrement courbe et composé de deux lames arrondies d'un côté, aplaties de l'autre, par lequel elles se correspondent de manière à former, quand elles sont réunies, un tube arrondi, légèrement recourbé et terminé en cône : ces lames s'écartent et se rapprochent à volonté, dans une partie seulement ou dans la totalité de leur étendue, à l'aide d'un mécanisme fort simple, ayant pour moteur une vis de rappel (1).

Voulant, plus tard, localiser davantage la dilatation et la circonscrire au point rétréci, je substituai à ce premier instrument un petit trilabe à branches aplaties, que j'introduisais dans l'urètre jusqu'au delà du point rétréci, après quoi j'écartais les branches en tirant sur le lithotriteur, dans une étendue rigoureusement déterminée par une échelle graduée. Au moyen de cette pince ainsi ouverte, je distinguais, avec toute la précision désirable, les différences de capacité et de dilatabilité que l'urètre présente dans les divers points de son étendue. Je m'en suis servi aussi pour rectifier les mesures assignées au canal, usage auquel on a employé, en 1836, un instrument appelé *urétromètre*, et qui ressemble en tous points à celui dont je me sers depuis 1823. Lorsqu'il existait des coarctations, même commençantes, elles étaient reconnues avec certitude et dilatées, ou lentement ou rapidement, selon l'indication, et je pratiquais de la sorte la *dilatation rétrograde* qu'on nous a présentée, en 1844, comme un procédé nouveau. Toutefois, je n'ai eu recours à ces moyens mécaniques que dans un petit nombre de cas.

Au petit trilabe ainsi modifié, on a substitué un lithoclaste de petite

(1) Voyez troisième lettre sur la Lithotritie, page 47, Traité pratique, t. Ier, première édition, page 303.

dimension, dont les branches s'écartent avec la main. Un pareil instrument peut bien servir à déterminer la capacité de l'urètre ; mais sa courbure oblige à exercer des tractions qui fatiguent beaucoup plus que lorsqu'on se sert d'un instrument droit.

Dans ces derniers temps, MM. Montain, Perrève et autres ont proposé des dilatateurs spéciaux. L'un est composé de plusieurs pièces formant deux parties destinées, l'une à servir de guide, l'autre à opérer la dilatation. Dans la première, il y a quatre pièces ; une tige centrale et trois petites bandes réunies à cette tige vers l'extrémité, qui se termine en cône mousse et qui pénètre dans le canal à la manière d'une sonde légèrement conique. A l'extrémité opposée, dont le diamètre est de quatre à cinq lignes dans la partie qui reste au dehors du canal, les bandes se réunissent en un tube auquel se trouve soudée une rondelle servant de poignée. La seconde partie consiste en une série de tubes, de grosseur diverse et de forme conique, lisses, arrondis, qui présentent aussi une rondelle à leur grosse extrémité, et dont l'autre extrémité se termine en cône tronqué.

L'instrument de M. Perrève présente quelques différences, qui sont presque toutes à son avantage. Il comprend, 1° deux tiges urétrales droites ou courbes, de dix pouces de longueur, à deux surfaces, l'une convexe parfaitement polie, et l'autre plane; 2° deux châssis destinés à réunir les tiges; 3° un conducteur ou fil d'acier non trempé, de deux millimètres de diamètre, et d'une longueur de onze à treize pouces ; 4° un mandrin ou tube de huit pouces de long et d'un diamètre qui n'excède pas deux lignes ; 5° une curette.

« Pour placer ces pièces dans leurs rapports respectifs, on commence, dit M. Perrève, par engager le crochet du conducteur sous « la bride de la tige urétrale ; ensuite on passe le crochet de cette tige « dans la mortaise ou fenêtre appartenant à la tige urétrale ; pour « cela on porte le crochet dans la partie supérieure de la fenêtre, de « manière à le faire passer par-dessus la goupille. Cela fait, on abaisse « le crochet, puis on le retire un peu pour lui faire embrasser la goupille ou traverse en question ; après quoi on rapproche les deux « tiges urétrales l'une de l'autre. Les tiges étant ainsi rapprochées, on « passe les châssis dans les deux échancrures, enfin on les fixe par le « moyen de la vis de pression. »

La réunion de ces différentes pièces forme un instrument droit ou courbe, dont le volume varie de trois quarts de ligne à deux lignes trois quart de diamètre. On l'introduit dans le canal jusqu'au delà du point rétréci, et dès qu'il est convenablement placé, on insinue les dilatateurs proprement dits, qui glissent dans l'appareil, et écartent

les parois du canal de dedans en dehors. On commence par le plus petit, pour remplacer par d'autres plus gros, au point d'agrandir le diamètre du canal de deux lignes, et même davantage, dans la même séance. La force à employer est proportionnée à la dilatation qu'on veut obtenir, et surtout à la résistance que présente la coarctation.

En agissant avec violence et célérité, on a un double but, celui d'abréger la durée de la douleur, et celui de frapper les tissus d'une sorte de stupeur ou de paralysie. M. Perrève pense, en effet, que les tissus reviennent d'autant moins sur eux-mêmes qu'ils ont été plus violemment distendus, et que par là ils perdent même, du moins pour un temps, leur propriété contractile. Cette opinion n'est pas nouvelle : on la retrouve dans Hunter, car il semble qu'au temps de ce chirurgien, et probablement même avant lui, on avait recours à des moyens dilatants analogues ; on déchirait ainsi les tissus et on les affaiblissait de manière à leur faire perdre pour quelque temps leur contractilité. Hunter reconnaît qu'on a parfois obtenu des résultats favorables de cette méthode, mais il ajoute qu'il ne l'a jamais employée lui-même.

Si l'on envisage la dilatation brusque et forcée sous un point de vue plus étendu, plusieurs circonstances frappent. Et d'abord, se présente une question grave, des plus dignes de fixer l'attention, sur laquelle néanmoins on a glissé très-légèrement.

Que se passe-t-il, par le fait de l'introduction forcée de la sonde, et surtout de l'emploi du dilatateur mécanique ? Dans l'opinion qu'on s'attache généralement à accréditer, il y aurait seulement dilatation, allongement des tissus rétractés, épaissis, indurés, qui constituent la coarctation. C'est là la supposition la plus séduisante, et la plus conforme aux vœux de la thérapeutique ; mais ce n'est point là ce qui a lieu, du moins dans un grand nombre de cas, et on le comprendra sans peine, si l'on veut bien se rappeler ce que sont les rétrécissements organiques, tels que nous les montre l'anatomie pathologique, ne cédant pas à la dilatation temporaire, et réclamant l'emploi des moyens dont il s'agit.

Il résulte des observations qui ont été faites spécialement par Deschamps et Delpech que les tissus indurés, au lieu d'être allongés, *déplissés*, comme on le prétend, sont fendillés, rompus, dilacérés par le corps dilatant, dans une étendue proportionnée à la longueur de la partie rétrécie, à la violence qu'on emploie et aussi à l'action spéciale du dilatateur. Suivant Delpech, la déchirure produite par une sonde conique peut avoir jusqu'à trois pouces de longueur.

Pendant la manœuvre, le chirurgien a le sentiment de cette lacération. Deschamps dit qu'on sent l'espèce de déchirement qui a lieu

dans l'urètre. Quelques modernes l'ont constatée, ainsi que je l'ai dit, et ils s'en félicitent en disant *que cette sensation donne la preuve qu'on a triomphé de l'ennemi.* Ainsi, qu'on se serve d'une sonde conique ou cylindrique, ou d'un dilatateur, au moment où les tissus cèdent devant la violence, il y a une sorte de craquement; la main de l'opérateur éprouve, dit M. Mayor, un *petit frémissement ou bruissement*, une sensation comme si quelque chose se déchirait, la sensation qui résulte d'une forte résistance subitement vaincue. Vague, confuse, incertaine même dans beaucoup de cas de cathétérisme forcé, cette sensation devient manifeste avec la sonde Mayor, et surtout avec les nouveaux dilatateurs.

Dans quel sens s'opérera cette déchirure? Quelques chirurgiens pensent que c'est spécialement à la face inférieure du canal. Mais la raison nous dit que la partie la moins résistante sera la première à céder. La lacération peut donc avoir lieu en haut ou sur les côtés. On sait que la plupart des rétrécissements n'occupent pas toute la circonférence du canal, ou que, du moins, ils n'ont pas partout la même épaisseur, ils n'offrent pas la même résistance. C'est sur la partie la moins malade, la moins dure, que la lacération s'effectuera, en laissant intacts les points les plus épais qui forment la nodosité. Ce que la théorie indique, je l'ai observé chez un malade que j'ai opéré par ce procédé. Il y eut rupture de l'urètre à la face supérieure, et, par suite, infiltration d'urine. Dès que le gonflement inflammatoire, effet de la manœuvre, eut disparu, on sentit très-distinctement, à la face inférieure du canal, la nodosité, restée intacte, appuyée sur la sonde, et faisant saillie à l'extérieur. Le doigt pouvait circonscrire cette tumeur, qui allait en diminuant, à mesure qu'on s'approchait du corps caverneux.

Dans quelque sens qu'elle s'opère, la déchirure des parois urétrales peut avoir immédiatement les conséquences les plus graves. On a fait mention, eu égard au cathétérisme forcé, de gonflements, d'abcès, de gangrène, d'accidents inflammatoires ou nerveux formidables, et même de la mort, survenue du second au huitième jour, et c'est alors qu'on a vu, la sonde restant en place, la déchirure du canal dans une grande étendue.

Les mêmes accidents peuvent se manifester après l'emploi des grosses sondes cylindriques et des nouveaux dilatateurs, alors même qu'ils se bornent à produire une forte distension du canal, sans déchirure. J'en ai observé plusieurs en forçant le passage du méat urinaire. C'est même là qu'on peut suivre avec le plus d'exactitude le développement de cette sorte de réaction. Dans les coarctations dures, plus profondément situées, on observe les mêmes effets.

Des observations récentes tendent à prouver que la distension brusque et surtout la lacération de l'urètre ont d'autres conséquences encore. La miction, qui était devenue facile immédiatement après l'opération, se fait moins bien par la suite. Les malades perdent même la faculté d'uriner naturellement, bien que le canal soit large et qu'il admette une grosse sonde. Cet effet n'a rien qui doive surprendre; d'un côté les parois urétrales surdistendues, lacérées, conservent longtemps ensuite une raideur, une dureté qui empêchent même la verge d'entrer en érection. D'un autre côté, l'opération a laissé intacte la partie indurée, *transformée* comme on le dit aujourd'hui, et qui constitue le rétrécissement; l'urètre, en cet endroit, reste dévié, déformé et par conséquent peu propre à livrer passage à l'urine, si même l'introduction de la sonde n'y rencontre des difficultés.

Ces traitements présentent d'autres inconvénients encore, mais ils ne sont pas inhérents à la méthode et tiennent surtout à la manière d'agir. Par les instruments et les procédés qu'on préconise, la partie de l'urètre antérieure à la coarctation, et surtout le méat urinaire, supportent les premiers effets de la dilatation; ils sont allongés, tiraillés et même déchirés, d'où résultent des douleurs et une réaction qui ne manque pas de gravité. Il est facile d'écarter ces inconvénients, soit qu'on débride le méat urinaire, soit qu'on ait recours au procédé que j'emploie et qui permet de limiter au point rétréci l'action du dilatateur. Dans mon premier instrument les lames s'écartaient par côté; j'ai adopté la forme de celui de M. Perrève, qui s'ouvre dans l'autre sens et dont l'introduction est plus facile. Mais j'ai conservé le mécanisme de mon premier appareil, par lequel les lames sont écartées, non à la manière d'un coin qu'on pousse avec force, mais par des arc-boutants qu'on fait fonctionner à l'aide d'une vis de rappel, moteur puissant, dont il est facile de régler l'action et de la proportionner aux besoins de chaque cas.

Chez un seul malade j'ai agi avec la violence et la promptitude dont on fait un précepte; le résultat ne fut point encourageant, et j'ai repris la dilatation lentement progressive, par laquelle je ne recherche chaque fois qu'un effet très-limité, et je n'obtiens qu'en un grand nombre de séances l'élargissement que d'autres obtiennent en une seule. En procédant de la sorte je soustrais le malade à la plupart des accidents; les tissus sont allongés et non déchirés, les douleurs sont faibles et presque toujours sans réaction.

Ainsi, la dilatation forcée, brusque, rapide, n'est pas nouvelle, mais les moyens de l'obtenir mécaniquement ont été perfectionnés de nos jours; on peut même dire qu'ils sont remarquables par la simplicité de leur mécanisme et la promptitude de leur action.

Telle qu'on l'a présentée, cette dilatation serait une méthode précieuse, séduisante même. Elle semblerait appelée à remplir avec bonheur l'indication qui se présentait naturellement à l'esprit. Malades et praticiens ont pensé, en effet, que si l'on parvenait à placer dans la coarctation un instrument assez délié pour ne pas fatiguer le canal et dont on augmenterait progressivement le volume, sans manœuvres douloureuses, on atteindrait le but avec facilité et certitude; on agirait sur le point rétréci de la manière la plus efficace, la plus directe.

Mais la pratique a révélé des vices que la théorie n'avait point prévus. Si l'on agit avec force et précipitation, si l'on dilacère au lieu de dilater, on voit surgir les inconvénients et les désordres que j'ai signalés. Si l'on se borne à dilater lentement, graduellement, l'effet ne se soutient pas; les parois urétrales reviennent sur elles-mêmes. On invoque des succès qui semblent venir appuyer une opinion différente. Mais qu'on ait agi de dedans en dehors, avec un dilatateur mécanique, ou qu'on ait procédé d'avant en arrière au moyen de sondes coniques ou cylindriques et beaucoup plus grosses que ne le comporte la lumière du point rétréci, on paraît avoir confondu, dans quelques appréciations récentes, les cas dont je veux parler ici, c'est-à-dire ceux de rétrécissements longs, durs, résistants, avec ceux dans lesquels il n'y a qu'un simple repli mince, susceptible de se déchirer au moindre effort, et avec d'autres où, au lieu d'un véritable rétrécissement organique qu'on croyait avoir reconnu, il n'y avait réellement, tantôt qu'un spasme, tantôt qu'un état de flaccidité et de relâchement des parois urétrales. Or, dans ces derniers cas surtout, les chirurgiens de tous les temps et de tous les pays ont employé utilement de grosses sondes. Fabrice de Hilden et Ledran principalement ont insisté sur ce point : le premier nous dit que, n'ayant pu introduire une sonde de petit diamètre dans la vessie, il y pénétra sans nul obstacle avec une grosse. D'après le second, une sonde un peu volumineuse entre toujours mieux qu'une petite, et il en donne pour raison que celle-ci s'engage dans les replis ou brides de l'urètre, tandis que l'autre, écartant les parois du canal, laisse toujours devant elle un petit vide, où elle suit sa route. De même Chopart assure que les grosses sondes sont nécessaires chez les vieillards, à cause de la flaccidité de leur urètre. Enfin, avec leur secours on est moins exposé à percer le canal dans les manœuvres trop aventurées. Mais partir de là pour soutenir que, dans les cas de coarctations organiques, dures, résistantes, elles pénètrent avec plus de facilité que les sondes minces, que celles dont le diamètre se rapproche plus ou moins de la lumière du point rétréci, c'est avancer une proposition contraire à tout ce que la physique enseigne : s'appuyer sur ce

qu'après avoir échoué avec des sondes moyennes ou petites, on a réussi avec de grosses, c'est avouer qu'on s'était trompé sur la nature de l'obstacle. On ne saurait donc, sous aucun rapport, être fondé à prétendre, comme M. Arnott, que les gros cathéters méritent la préférence lorsqu'il s'agit de triompher d'une coarctation, ni à faire un reproche aux contemporains d'avoir, en les repoussant, méconnu une ressource précieuse. En proposant de tels moyens, M. Arnott, et M. Mayor après lui, ont oublié deux choses fort importantes, d'abord, de déterminer rigoureusement les cas où il convient d'y recourir; ensuite, de faire connaître la fréquence et la gravité des accidents qu'ils peuvent déterminer. M. Arnott surtout aurait dû se rappeler le sentiment de Hunter, pour les opinions duquel ses compatriotes professent une sorte de culte.

Envisagée d'une manière générale, la dilatation forcée, ou plutôt la déchirure des tissus par des procédés mécaniques, ou par des sondes volumineuses, telle qu'on a voulu l'appliquer à tous les cas indistinctement, ne constitue pas une pratique rationnelle. M. Velpeau, qui a étudié la question, a eu raison de répéter que tantôt il n'y avait pas de rétrécissement chez les malades qu'on y a soumis, et que tantôt l'obstacle était purement valvulaire et facile à rompre. Dans beaucoup de cas, où l'on est parvenu à introduire de gros cathéters, j'ai la conviction, dit-il, qu'il s'agissait d'ischurie par déviation de l'urètre ou par maladie de la prostate, et nullement de coaretion de l'urètre. Je me félicite d'avoir à citer le célèbre chirurgien de la Charité, dont j'ai souvent combattu les opinions. Celles qu'il a exprimées dans ce cas s'accordent parfaitement avec les observations de nos devanciers, et avec celles qu'on est chaque jour à portée de recueillir. Tous les chirurgiens auxquels les manœuvres du cathétérisme sont familières partageront sûrement nos convictions, et proscriront une méthode accréditée sur des erreurs de diagnostic, et qui n'a pour elle ni la logique, ni les données de l'expérience. CIVIALE.

CHIMIE ET PHARMACIE.

MÉDICATION IODÉE ET IODURÉE, SUBSTANCES INCOMPATIBLES.

Il est des substances avec lesquelles on ne peut associer l'iode ou l'iodure de potassium sous peine d'annihiler, nous ne dirons pas la totalité, nous ne croyons pas qu'il existe d'incompatibles absolus, mais d'amoindrir plus ou moins leur action thérapeutique. Il importe donc au praticien de se prémunir contre de pareilles associations.

Les incompatibles n'étant pas toujours les mêmes pour l'iode que pour l'iodure de potassium, nous allons les déterminer pour chacun d'eux.

Incompatibles de l'iode. — Ils sont très-nombreux dans le règne minéral.

Parmi les métalloïdes usités en thérapeutique :

Le chlore, le brome, le soufre, le phosphore ;

et parmi les métaux qui appartiennent à la matière médicale :

L'antimoine, le cuivre, le mercure, le platine,
Le bismuth, le plomb, l'argent, l'or,

qui se combinent avec lui et donnent naissance à des composés où son action dynamique est plus ou moins modifiée, ne doivent point lui être associés en tant que l'on comptera sur une action purement iodique.

Aux métaux ci-dessus nous pouvons ajouter, avec les mêmes observations, ceux avec lesquels il donne des iodures solubles :

Fer, manganèse, zinc.

Parmi les incompatibles chimiques composés, nous citerons :

L'ammoniaque, avec laquelle il donne un produit explosif ;

Les *acides sulfhydrique*, *cyanhydrique*, qu'il décompose en se transformant lui-même en acide iodhydrique ;

L'*acide azotique*, qui l'oxyde ;

Les *acides sulfureux, arsénieux* humides, qui se suroxygénisent à son contact, tandis que lui-même s'hydrogénise ;

Les *oxydes métalliques* proprement dits, avec lesquels il donne des résultats variables, mais généralement des iodures insolubles ;

Les *sulfures*, dont il sépare le soufre en s'emparant du métal ;

Les *sels*, avec les métaux desquels il forme des iodures insolubles : sels d'antimoine, de bismuth, de cuivre, de plomb, de mercure, d'argent, de platine, d'or, pour ne parler que de ceux appartenant à la matière médicale.

Presque toutes les *substances organiques* peuvent être considérées comme incompatibles de l'iode, par suite de cette tendance qu'a ce corps, et que nous avons constatée, de s'emparer de l'hydrogène de ces matières, et de donner naissance à des composés divers, dont l'acide iodhydrique fait à peu près constamment partie. Mais il est indubitable que l'iode, sous ces nouveaux états, ingéré dans l'économie, retrouve une grande partie de son action dynamique. Ainsi on voit dans les Formulaire bon nombre de formules dans lesquelles leurs auteurs, dans le but de tempérer l'action irritante des iodiques, ont fait intervenir de l'opium, des sels de morphine, de l'extrait de belladone, etc. ; et cependant les *alcaloïdes* sont incompatibles avec les iodiques. C'est qu'ici les auteurs ont reconnu par expérience que, malgré cette incompati-

bilité, malgré le dommage qui en résulte pour l'action iodique, on pouvait dans quelques cas tirer profit de ce genre d'association. Néanmoins, nous poserons comme règle générale qu'il suffit que son action soit amoindrie, pour qu'on doive éviter de faire subir à l'iode des associations avec les substances organiques, du moins longtemps avant d'en faire usage.

Incompatibles de l'iodure de potassium. — Les incompatibles minéraux de l'iodure de potassium sont plus nombreux encore que ceux de l'iode. Ainsi on peut noter comme tels, quoiqu'à un degré moins manifeste, les huit *métaux* que nous avons indiqués plus haut comme donnant naissance, avec l'iode, à des iodures insolubles. Dans ce cas, à la faveur de l'eau, il se produit en outre de l'iodure insoluble du métal mis au contact; de la potasse, si l'iodure est en petite quantité, et un iodure double, si l'iodure potassique est en excès.

Les *sels* des mêmes métaux, qui donnent lieu à une double décomposition, d'où résulte un sel de potasse soluble et un iodure insoluble. A ces sels il faut ajouter ceux (tartrates acides, perchlorates) dont l'acide forme avec la potasse des sels à peu près insolubles. Dans ce cas, l'iode s'unit au métal des sels mis en contact.

Le *chlore*, le *brôme* et la plupart des *acides* qui déplacent l'iode en s'emparant du potassium.

Au contraire, les incompatibles organiques sont beaucoup moins nombreux pour l'iodure de potassium que pour l'iode. Cela se conçoit facilement d'ailleurs. L'affinité très-grande que possède l'iode pour la combinaison étant satisfaite par le potassium, il ne l'exerce plus sur ces substances. Aussi, à part les acides végétaux (acides tartrique, citrique, acétique, etc.) qui, comme les acides minéraux, isolent l'iode de sa combinaison, nous ne voyons guère de substances organiques que nous puissions présenter comme manifestement incompatibles.

L'*iodure de potassium ioduré* reconnaît pour incompatibles les mêmes corps que l'iode lui-même.

L'*argent* étant manifestement incompatible avec l'iode ou l'iodure de potassium, il suit de là que les pilules qui contiennent ce métalloïde ou son composé ne peuvent être *argentées*. Elles ne peuvent pas davantage être *dorées*, mais elles peuvent être gélatinisées ou dragéifiées.

A cette occasion, nous ferons remarquer qu'autant que possible il ne faut pas se servir de *cuillers* d'argent ni de tout autre métal pour mesurer les doses de préparations iodiques. C'est une recommandation que les praticiens devront faire à leurs clients.

En outre des réactions intempestives qui se produisent dans le mortier du pharmacien, il en est qui peuvent s'exercer dans ou sur le

corps même des malades ; nous voulons parler des réactions qui peuvent prendre naissance par suite de l'ingestion ou de l'application de l'iode ou de l'iodure de potassium, après un autre médicament qui leur est chimiquement incompatible, et *vice versâ*.

Si l'on administre simultanément de la noix vomique et une préparation d'iode, l'action de celle-là est annihilée tout le temps que l'on continue cette association. Mais supprime-t-on la préparation iodique, aussitôt les effets de la noix vomique se reconnaissent (Leriche).

L'économie reste, dans quelques cas, imprégnée pendant plusieurs jours de l'agent d'une médication antérieure. Tous les corps qui ont la propriété de se localiser dans certains organes, et tous ceux qui stagnent dans l'économie, en vertu d'une combinaison formée avec les éléments protéiques des tissus, et parmi lesquels viennent prendre rang le mercure, l'antimoine, l'arsenic, le cuivre, etc., donnent lieu à ce phénomène.

Il est aujourd'hui démontré, par exemple, que si l'on administre de l'iodure de potassium, ou toute autre préparation d'iode, après du calomel ou un autre sel mercuriel, il y aura formation d'iodure de mercure, et le malade salivera. A l'extérieur, on a vu des frictions de pommade iodurée succédant à des applications d'ongnent napolitain ou d'emplâtre de Vigo, causer une vésication à la peau. C'est que dans ce cas, comme dans le premier, il se forme de l'iodure de mercure, et en outre de la potasse caustique qui détermine la cautérisation.

Beaucoup de praticiens, ne connaissant pas cette réaction, formulent l'association de l'iodure de potassium à l'onguent napolitain. Dans ce cas, la réaction, au lieu de se produire au dedans ou au dehors de l'économie, se produit au sein de la préparation pharmaceutique. Cette association est donc vicieuse. Cependant il est des cas où le praticien peut désirer réunir les effets de l'iodure de potassium à ceux du mercure, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Il n'y a alors qu'à tourner la difficulté ; c'est-à-dire employer les iodures de mercure, ou associer l'iodure potassique au mercure préalablement combiné, autrement dit à l'état de sel.

Mais s'il y a dans certains cas incompatibilité à administrer les composés iodiques pendant, ou immédiatement à la suite de traitements par les agents susceptibles de stagner dans l'organisme, dans d'autres, au contraire, ils remplissent une indication thérapeutique bien définie. Nous renvoyons, pour cet objet, à l'article que nous avons récemment publié dans ce journal (tome XXXVI, p. 161), dans lequel nous avons discuté l'emploi de l'iodure potassique dans les empoisonnements métalliques. DORVAULT.

REMARQUES SUR L'OZONE.

L'ozone est une substance découverte par M. Schœnbein, professeur de chimie à Bâle, et des plus intéressantes au point de vue chimique. Voici en effet comment le célèbre Berzelius s'exprimait à son égard quelque temps avant sa mort: « Dans le moment actuel il n'est peut-être aucune recherche chimique aussi importante et aussi nécessaire que l'histoire scientifique de l'ozone avec tous les détails possibles : on peut regarder comme certain d'avance que ce travail conduira à des résultats inattendus celui qui voudra l'entreprendre. » Ce n'est pas au point de vue chimique que nous venons parler de ce corps, mais seulement dans ses rapports avec la pratique médicale. Selon M. Schœnbein, l'ozone jouerait un rôle important dans la météorologie morbifique. Elle serait l'une des principales causes des épidémies catarrhales. Cet habile chimiste a fait des observations pendant plusieurs épidémies qui ont régné à Bâle, et il a toujours vu que leur développement et leur déclin étaient en rapport direct avec la quantité de cette substance répandue dans l'atmosphère. M. Splenger (D'Eltville) a publié, à l'appui de l'opinion de M. Schœnbein, les faits suivants :

Dans le village de Roggendorf, dans le Mecklembourg, régnaient, vers la fin de 1846, de légères affections catarrhales; l'air ne renfermait alors que de faibles traces d'ozone. Au commencement de 1847, ces affections catarrhales revêtaient les formes les plus graves d'affections bronchiques et trachéales, et la coqueluche se répandit sur une grande partie de la population. A ce moment, on put constater une augmentation notable dans la proportion d'ozone renfermée dans l'atmosphère, et l'influenza ne tarda pas à se montrer. Le 9 janvier, l'ozonomètre accusait une augmentation encore plus grande dans la proportion d'ozone renfermée dans l'air; le même jour, deux personnes succombèrent à l'influenza, et graduellement la maladie s'étendit, au point que le 21 de ce même mois bien peu de personnes y avaient échappé. Il y avait donc une liaison parfaite entre la présence de l'ozone dans l'air et la propagation de la maladie.

On sait que l'ozone se forme dans l'air par la décomposition de l'eau, au moyen des perturbations de l'équilibre électrique; de là son odeur piquante. L'acide sulfureux, et probablement aussi les acides tellurique, sélénique et phosphorique, le détruisent. Il suffit d'une très-petite proportion de vapeur d'éther, d'alcool ou de gaz oléfiant pour en prévenir le développement. L'iodure de potassium est le réactif le plus sûr pour en reconnaître la présence. Un morceau de papier trempé dans un mélange de colle d'amidon et d'une solution d'iodure de potassium constitue un *ozonomètre* d'une sensibilité

excessive. La plus faible quantité d'ozone libre, que n'indiqueraient ni l'acidimètre, ni le galvanomètre, est décelée par un changement de coloration du papier ainsi préparé. Au commencement de l'épidémie, le papier brunissait un peu ; mais à la fin il devint tout à fait brun. Puisque les vapeurs sulfureuses empêchent la production de l'ozone ; il suit de là que les ouvriers employés aux divers travaux sur le soufre ne doivent pas contracter l'influenza. C'est là ce que M. Splenger dit avoir constaté.

Bien qu'il y ait une dizaine d'années que l'ozone est découverte, sa nature n'est point encore positivement connue. Pour M. Schœnbein, c'est un suroxyde d'hydrogène ; pour le plus grand nombre des chimistes, c'est une modification particulière, une allotropie de l'oxygène.

C'est un puissant oxydant ; elle détruit les couleurs végétales ; son odeur est chloreuse et suffocante.

Quoi qu'il en soit, l'ozone se produit dans l'air en grande quantité dans toutes les perturbations électriques de l'atmosphère. Ainsi que nous l'avons vu, elle produit aussi par l'action des décharges électriques artificielles. M. Schœnbein se procure de l'air ozonisé en mettant dans un ballon, de 10 à 15 litres de capacité, une petite quantité d'eau, des bâtons de phosphore de 1 centimètre de diamètre, de manière à ce qu'ils plongent moitié dans l'air, moitié dans l'eau, élevant la température de 15 à 20 degrés, et fermant imparfaitement le ballon. Quand l'opération est achevée, ce dont on s'aperçoit à l'odeur chloreuse de l'ozone, on renverse le ballon dans une cuve à eau, pour en faire sortir les bâtons de phosphore. On obtient ainsi de l'air ozonisé avec lequel on peut faire des expériences.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DES VAPEURS D'ACIDE ACÉTIQUE, COMME MOYEN ABORTIF DU CORYZA.

Le coryza est assurément une affection de nature bénigne. Peut-être est-ce à cette circonstance qu'il faut attribuer le peu d'empressement observé jusqu'à ce jour dans la recherche d'un traitement véritablement efficace.

Mais il est, d'autre part, bien constant que son développement peut être l'occasion de complications plus sérieuses du côté des voies aériennes par exemple ; et il n'est pas rare, en effet, de voir l'inflammation de la pituitaire gagner l'orifice postérieur des fosses nasales et s'étendre progressivement au larynx, à la trachée et aux ramifications bronchiques. Si l'on songe actuellement à la persistance souvent déses-

pérante, avec laquelle le coryza se reproduit chez certains individus, à l'état de malaise qu'il provoque, aux douleurs souvent aiguës qu'il réveille dans les organes du voisinage, tels que l'oreille ou les voies lacrymales, on comprendra aisément qu'il n'est pas sans quelque importance de signaler un agent susceptible d'enrayer cette affection. Mais c'est au début seulement qu'il convient de faire usage de l'acide acétique. Le mode d'emploi est d'une exécution très-facile ; il suffit de placer à l'entrée des narines un flacon contenant une petite proportion du remède, et de faire de larges et lentes inspirations, pendant cinq minutes environ.

Les vapeurs acétiques pénètrent de la sorte dans tous les replis de la cavité olfactive, et impriment à la membrane muqueuse une modification phlogistique légère, et néanmoins suffisante pour tarir à sa source l'écoulement ou le flux nasal.

J'ai, à plusieurs reprises, tenté sur moi-même les inhalations d'acide acétique, et prévenu, à leur aide, bon nombre de coryzas. J'ai répété ces tentatives sur plusieurs malades, avec un égal succès. C'est donc un moyen d'une efficacité incontestable, et qui sera appelé à prendre rang dans la thérapeutique d'une indisposition toujours désagréable, et vis-à-vis de laquelle la médecine demeurait généralement impuissante.

Saint-Martin, D. M.
A Niort (Deux-Sèvres).

UN MOT SUR L'ALCOOLAT DE MÉLISSE DANS LES CAS D'URTICAIRE.

La thérapeutique doit souvent ses moyens curatifs au hasard. Le fait suivant en est encore la preuve.

Il y a quelques années, deux personnes habitant la campagne y furent prises d'une urticaire par suite d'une indigestion de moules; leurs souffrances étaient telles qu'elles n'avaient plus de repos ; n'ayant aucun secours, elles avalèrent chacune une cuillerée à bouche d'alcoolat de mélisse; à l'instant le ballonnement du ventre, les envies de vomir, les démangeaisons de la peau cessèrent. Ces jours derniers, me rappelant ce fait, j'ai conseillé cette médication à un pauvre ouvrier atteint de la même indisposition ; le succès a été complet.

L'alcool, car il est plus que probable que c'est lui seul qui agit, peut donc être employé à l'intérieur, comme il l'est à l'extérieur, dans l'urticaire idiopathique; il pourra donc, lorsque le praticien sera pris au dépourvu, remplacer l'eau acidulée, les vomitifs et les purgatifs.

Stanislas Martin.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel de clinique médicale, ou principes de clinique interne, par J.-V. Hildenbrand, traduit du latin et augmenté *d'une préface, de notes historiques, critiques, dogmatiques et pratiques*, par Dupré, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, de la Société de médecine pratique de la même ville.

L'école de Montpellier, malgré quelques dissidences qui se sont, à diverses époques, produites dans son sein, conserve toujours son originalité, celle dont Barthez, en tant que tendance philosophique, est l'expression la plus tranchée. Ce serait cependant se montrer tout à fait étranger à l'esprit qui anime cette école justement célèbre, que de supposer qu'elle poursuit l'œuvre de son laborieux dogmatisme, sans tenir compte des progrès qu'a fait faire à la médecine, dans ces derniers temps, une autre école non moins célèbre, en suivant une direction scientifique différente. C'est que la méthode sévère, à laquelle sont dus ces progrès, est une de ces vérités qui s'imposent presque fatalement, et domptent les intelligences les plus rebelles. Sans doute, avant que cette méthode fût pratiquée par l'école de Paris, Montpellier ne l'ignorait pas, et l'appliquait même dans une certaine mesure; nous n'en voulons pour preuve que ce grand principe de l'immortel Barthez, qui pensait que l'explication *humaine* de la nature ne va point au delà de la succession des phénomènes. Mais ce qui prouve péremptoirement qu'elle ne comprenait point toute la portée de la méthode expérimentale, et surtout qu'elle ne la pratiquait qu'incomplétement, c'est que les nombreuses conquêtes qui ont été le prix de l'observation sévèrement appliquée, ont été faites par une école rivale, dont elles sont devenues le plus beau titre de gloire. Quoi qu'il en soit à cet égard, et pour revenir à la pensée que nous exprimions d'abord, il faut reconnaître hautement qu'aujourd'hui l'école de Montpellier, tout en restant fidèle à sa philosophie, à sa manière de comprendre l'édification de la science, tient largement compte de l'élément nouveau qu'a saisi la méthode moderne. Le livre dont nous nous occupons en ce moment porte l'empreinte évidente de cette heureuse transformation, nous le constatons tout d'abord avec plaisir. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire avec quelque attention la préface étendue qui précède la traduction du médecin allemand.

Il y a bien encore çà et là quelques déclamations exagérées contre l'école anatomique, exagérations mêlées, du reste, à une critique d'une incontestable vérité, quand celle-ci est accusée de vouloir faire sortir

la science tout entière des données partielles qu'elle atteint ; mais à part ces exagérations, il y a, dans un grand nombre de cas, une appréciation saine de la valeur de ces données. L'auteur s'attache principalement à bien établir que l'homme est un agrégat complexe, qui doit être étudié dans les éléments physiques et métaphysiques, mécaniques et dynamiques qui le composent : la vie est un fait, mais un fait multiple qui doit être étudié sous toutes ses faces, dans toutes ses relations, dans toutes ses tendances; la clinique n'est que cela, mais elle est tout cela; tout s'y passe en anomalies, et la thérapeutique qui prétend à être autre chose qu'une pure chirurgie, qui prétend à guérir, par conséquent, ne peut être que l'induction réfléchie de cette étude complète. Certaines des circonstances dont nous venons de parler se peuvent lire dans les organes, sous forme d'altérations anatomiques déterminées, mais d'autres n'ont rien de commun avec le mécanisme et tombent uniquement sous l'œil de l'intelligence ; et les unes et les autres servent également de fondement au diagnostic, au pronostic, à la thérapeutique. « On voit par là, dit quelque part M. Dupré, combien sont également éloignés de la vérité les médecins et les philosophes qui ont eu le dessein, soit de déroger à l'autorité des sens, soit de négliger les ressources de l'entendement. Il n'est de science médicale réelle et utile que par l'association de ces deux puissances. Les sens recueillent les matériaux, et les fournissent à l'intelligence qui les féconde. Sans eux les efforts de l'esprit seront hypothétiques et imaginaires, et par conséquent dangereux. Les faits sont le lest qu'il importe d'attacher aux ailes de l'imagination pour l'empêcher de s'égarer : ils lui sont aussi nécessaires que le grain à la meule, pour qu'elle ne tourne pas dans le vide et ne se consume pas en efforts impuissants. »

Bien que ce passage contienne quelques expressions qui ne sont pas rigoureusement correctes, nous l'avons cité cependant, parce qu'il nous a semblé bien exprimer la philosophie scientifique de l'auteur. Qu'entend M. Dupré par des efforts hypothétiques de l'esprit et par la fonction qu'il donne aux faits d'empêcher l'imagination de s'égarer? Est-ce que celle-ci serait devenue la muse de la science, par hasard? Cela n'est certainement pas dans la pensée d'un médecin aussi instruit et aussi sagace que l'auteur. Mais les expressions qui ont échappé à la rapidité de la rédaction trahissent peut-être l'erreur qui se mêle encore un peu au fonds de vérité que présente la philosophie médicale de la nouvelle Cos.

Nous ne pousserons pas plus loin ces réflexions, que nous ne voulons pas terminer cependant sans recommander vivement la lecture attentive de la préface à propos de laquelle nous les avons faites, et qui

caractériserons rapidement l'esprit du Manuel de clinique médicale du médecin allemand.

Pour bien comprendre le livre de Hildenbrand, et pour ne pas lui demander plus qu'il ne se propose de donner, il ne faut pas oublier la distinction, fort juste d'ailleurs, qu'il établit entre les deux éléments dont se compose tout enseignement pratique. L'un de ces éléments consiste dans les préceptes généraux, qui dominent la pratique et la commandent ; l'autre n'atteint que les individualités, et l'enseignement ne peut le développer qu'au lit même des malades. Ces deux bases fondamentales de tout enseignement sérieux de la médecine clinique sont tout aussi vieilles aujourd'hui qu'autrefois. Hildenbrand n'a en vue que la première partie de cet enseignement, et c'est à en exposer les données générales que son livre est exclusivement consacré.

Le plan de l'auteur n'offre rien qui diffère beaucoup de celui que concevrait tout médecin instruit qui se proposerait de développer le même ordre d'idées; aussi bien croyons-nous parfaitement inutile de faire connaître celui-ci : nous nous contenterons de mettre en relief ce qui, dans la façon dont le successeur de Stoll concevait l'enseignement clinique, nous a semblé de plus original.

L'auteur commence par établir que l'expérience est la base fondamentale de la médecine ; mais il se hâte d'ajouter que l'expérience seule ne peut constituer la science, si l'on en fait un pur empirisme, et qu'il faut y ajouter le raisonnement. Mais il faut bien comprendre ici la pensée de l'auteur : par raisonnement, il n'entend pas seulement la raison s'appliquant à saisir entre les faits les relations qui les lient, ou les oppositions qui les séparent ; il admet certains principes généraux qui doivent diriger le médecin, alors que les faits manquent sous ses pas. Avouée ou non, cette partie de la philosophie médicale guide fatalement le médecin dans une foule de circonstances. Quand une doctrine nouvelle vient à surgir, c'est cette théorie qu'on retrouve au fond de cette dialectique forcée, et qui commande en grande partie la pratique des médecins qui l'acceptent. Lorsqu'on juge celle-ci à distance, c'est le *caput mortuum* de la science, et, il faut en convenir, ce n'est point la page la moins chargée des sciences médicales. Toutefois, certaines notions ont survécu à tous ces vains et laborieux efforts de l'édification de la médecine ; ce sont ces notions qui sont comme le fond commun de la pratique, qui sont le bon sens de la science. Hildenbrand a largement puisé à cette source antique, mais toujours nouvelle, et a fait un livre qui survivra à beaucoup d'élucubrations modernes plus prétentieuses, mais dont la fortune nous paraît moins sûre dans l'avenir.

Nous remarquerons encore dans ce livre ce qui a trait aux devoirs

des jeunes médecins, autant seulement qu'il s'agit de leurs rapports avec les malades, au lit desquels ils sont appelés à recueillir les premiers enseignements de la pratique. Nous voyons avec plaisir qu'à l'époque où vivait Hildenbrand, sans qu'on parlât autant de philanthropie et de fraternité, on pratiquait beaucoup plus l'une et l'autre. Rien qu'à ce titre, nous voudrions voir ces ouvrages se propager dans nos écoles ; professeurs et élèves y puiseraient plus d'un utile enseignement.

Enfin, et c'est par là que nous terminerons, Hildenbrand établit avec soin, dans son Manuel de clinique, les règles à suivre dans l'art de recueillir les observations. Là encore se trouvent consignés des conseils précieux que beaucoup semblent ignorer, puisque leurs travaux en portent si rarement l'empreinte. Quand l'auteur vient à traiter certaines questions spéciales, telles que celles de la pratique à suivre dans l'exploration des maladies, et la marche de la maladie et de ses symptômes, de quelques parties de l'étiologie, de l'anatomie pathologique, etc., il est bien évident que son livre offre sur beaucoup de ces points de nombreuses lacunes ; mais M. Dupré s'est chargé de combler celles-ci, et nous devons dire qu'il l'a fait presque toujours avec autant de justesse que de précision. En un mot, grâce au discours préliminaire que le savant agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier a placé en tête de la traduction du livre d'Hildenbrand, grâce aux notes nombreuses dont il l'a enrichi, ce livre est tout à fait à la hauteur de la science contemporaine, et peut, encore une fois, prétendre à la popularité dont il a joui autrefois.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Bons effets de l'infusion des sommités de genêt dans le traitement de la néphrite albumineuse. — S'il est une maladie dans laquelle il y a encore beaucoup à faire sous le rapport thérapeutique, c'est bien certainement la néphrite albumineuse. Il est vrai que l'on doit peut-être s'en prendre de cette insuffisance de la médecine plus à la profondeur des altérations morbides qui ne tardent pas à se développer, qu'à la faiblesse même des nos agents curatifs ; mais, quoi qu'il en soit, toujours est-il qu'au milieu de ces moyens variés, prescrits et mis en usage avec des succès divers par les médecins de notre époque, il n'en est vraiment aucun sur lequel on puisse compter d'une manière absolue, sinon pour guérir la maladie, au moins pour l'enrayer pendant un certain temps.

Il y a, en effet, tant de différences entre les cas que l'on groupe

sous le nom de *néphrite albumineuse,* sous le rapport de leur origine, sous celui de leur marche et de leur développement, que l'on comprend sans peine comment le traitement qui a réussi dans un cas peut bien ne pas réussir dans un autre. La plus grande distinction à établir repose sur l'ancienneté même de la maladie, sur l'acuité ou la chronicité. Autant on peut espérer attaquer avec succès les néphrites albumineuses dont l'origine est récente, autant il y a peu d'espoir à avoir relativement à la résolution des néphrites albumineuses anciennes. Seulement, il n'est pas toujours facile d'établir la distinction entre ces formes diverses, parce qu'il est des cas dans lesquels l'hydropisie générale, premier symptôme de l'affection, ne se montre que longtemps après l'apparition de l'albumine dans les urines, et que la présence du sang, qui est en général un symptôme important de la néphrite albumineuse aiguë, peut aussi se montrer comme phénomène d'une simple exacerbation.

Le moyen particulier dont nous avons à entretenir nos lecteurs, et que nous avons vu employer dans certains cas avec succès par M. Rayer n'est, pas plus que ceux déjà connus, d'une efficacité constante; et son action ne paraît pas non plus bien efficace contre les néphrites albumineuses anciennes et invétérées. Si M. Rayer a été conduit à l'employer, c'est que le genêt avait été déjà prescrit avec succès autrefois dans le traitement des hydropisies, et qu'on lui avait reconnu des avantages pour faire résorber les infiltrations séreuses. Nous l'avons vu prescrire, dans ces derniers temps, à trois malades : deux à une période avancée de la maladie; un troisième, un mois seulement après le développement des accidents. Chez ce dernier, M. Rayer a ajouté, comme la maladie était récente, des applications de ventouses sur les régions rénales. Le genêt a été donné à tous les trois en infusion, comme suit :

Sommités fleuries de genêt...... 15 grammes.
Eau bouillante............... 500 grammes.

Tous les malades l'ont prise sans aucune difficulté et même avec plaisir, à cause de son goût aromatique, qui n'a rien de ce goût désagréable de l'infusion du raifort, prescrite habituellement par le médecin de la Charité. Chez les deux malades qui avaient une néphrite albumineuse déjà avancée, l'infusion de genêt a été sans aucune influence, aussi bien du reste que les autres agents thérapeutiques mis en usage simultanément : bains de vapeur, raifort, teinture de cantharides, etc. Leur état s'aggrave de jour en jour. Leur terminaison fatale est à prévoir avant peu. Il n'en a pas été de même du troisième, chez lequel l'affection n'avait qu'un mois de date.

L'hydropisie a diminué peu à peu et a disparu ; mais ce qui est plus heureux encore, la quantité d'albumine a considérablement diminué, et le malade, après un mois de traitement, a quitté l'hôpital, se croyant guéri, mais ayant encore une quantité notable d'albumine dans les urines, preuve certaine que la résolution de la maladie n'était pas complète. Un régime tonique a été ajouté chez ce dernier malade, et les forces sont revenues presque ce qu'elles étaient dans l'état de santé.

En résumé, si le genêt n'est pas un moyen beaucoup plus certain que ceux qui ont été déjà prescrits, c'est un moyen qui compte déjà quelques succès, et qui a au moins le grand avantage sur certains autres qu'il est sans inconvénient et sans danger aucun dans son emploi.

Paralysie de la vessie. Injection de sulfate de strychnine; phénomènes d'intoxication. — Nous avons signalé dans notre dernier numéro (p. 373) une application heureuse des injections de strychnine dans la vessie dans un cas de paralysie de cet organe. Ce fait nous paraissait surtout digne d'intérêt comme exemple heureux d'application endermique faite sur le siége même de l'affection. Comme il importe, pour être fixé sur la valeur d'une méthode, de multiplier les expérimentations, nous avons saisi la première occasion qui s'est offerte pour faire soumettre à un nouvel essai la médication proposée par M. Lecluyse. Cette tentative n'a pas été heureuse. Loin de chercher à tenir caché cet insuccès, nous croyons au contraire utile de le faire connaître, afin de sauver aux praticiens de nouveaux insuccès et de nouveaux malheurs. Voici le fait :

Un homme âgé d'environ quarante-sept ou quarante-huit ans, d'une bonne constitution, fut affecté d'une paralysie de la vessie à la suite d'un repas dans lequel il avait bu avec excès du vin blanc, l'une des causes les plus fréquentes, comme on le sait, de ce genre d'accident. Cet homme resta trois jours dans le même état sans qu'il y fût apporté aucun remède. Comme l'urine s'échappait de la vessie par regorgement, le médecin qu'il avait mandé, croyant avoir affaire à une incontinence d'urine, s'était borné à lui prescrire quelques soins insignifiants. Le malade étant entré à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert, l'erreur ne tarda pas à être reconnue ; on constata, indépendamment de la rétention d'urine par défaut de contractilité de la vessie, des phénomèmes de cystite, tels que douleurs dans l'hypogastre et dans les reins, urines purulentes, etc. M. Robert prescrivit immédiatement un bain et une application de sangsues au périnée, et au lieu de laisser une sonde à demeure dans la vessie, comme on le fait en pareil cas, il

se borna à faire pratiquer le cathétérisme deux fois par jour. Après avoir ainsi combattu les phénomènes les plus urgents, il se proposait de faire une application du galvanisme, encouragé par les heureux résultats obtenus par M. Michon, dont nous avons exposé la méthode dans notre dernier numéro; mais n'ayant point d'appareil à sa disposition, il dut ajourner ce projet. Ce fut alors que nous lui rappelâmes le fait de M. Lecluyse. Seulement, comme la dose de strychnine employée par ce praticien nous paraissait un peu forte, nous engageâmes M. Robert à l'essayer d'abord à une dose moindre. M. Robert prescrivit 20 centigrammes dissous dans 200 grammes d'eau. La strychnine ne pouvant se dissoudre dans cette quantité d'eau, et se basant sur l'axiome *corpora non agunt, nisi soluta*, l'élève substitua le sulfate de strychnine à la strychnine. L'injection fut pratiquée; quelques instants après, l'interne, chargé de surveiller le malade, vit survenir des mouvements convulsifs, avec renversement du tronc en arrière et surtout des spasmes des muscles du thorax, qui lui inspirèrent de vives craintes; la vessie fut immédiatement vidée et une injection pratiquée avec de l'eau tiède. A dater de ce moment les accidents cessèrent de s'aggraver, ils diminuèrent même graduellement; seulement le malade ressentit encore pendant quelques jours des spasmes de la poitrine. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que malgré la gravité de ces accidents qui dénotaient une action d'une grande intensité de la part de la strychnine, la vessie ne recouvra pas sa tonicité, la paralysie persista. Le seul changement appréciable sous ce rapport, c'est que l'on observa, le troisième jour, en introduisant la sonde, que l'urine était projetée au dehors avec un peu plus de force; mais ce n'était là qu'une amélioration tout à fait insignifiante. Les phénomènes spasmodiques de la poitrine persistèrent; le malade fut pris d'une expectoration sanguinolente (crachats muqueux, noirâtres, différant des crachats de la pneumonie et qui paraissaient résulter d'une sorte d'asphyxie); bientôt se manifestèrent des symptômes de fièvre urineuse qui entraînèrent promptement la mort du malade. L'autopsie n'a pu être faite, la famille ayant réclamé le corps.

On remarquera dans ce fait une particularité remarquable, c'est que la strychnine employée à plus faible dose que dans le fait de M. Lecluyse, mais, il est vrai, sous une forme plus soluble (sulfate), ce qui pouvait compenser jusqu'à un certain point cette différence, a eu une action assez intense pour produire de graves accidents d'intoxication, sans qu'il en soit résulté aucun amendement dans la paralysie de la vessie. En présence d'un moyen aussi infidèle, qui tourne en quelque sorte autour du but et le dépasse sans l'avoir atteint, nous

croyons qu'on ne doit pas hésiter à lui préférer l'emploi du galvanisme qui est parfaitement approprié à l'indication qui nous occupe, ainsi que le démontrent les faits de M. Michon, sans pouvoir jamais être suivi d'accidents généraux.

Fragment de capsule implanté dans la cornée; accidents jusqu'à l'extraction de ce corps étranger. — L'expérience a démontré qu'un fragment métallique, implanté dans l'œil, peut y séjourner impunément, après avoir déterminé des accidents plus ou moins intenses. Quand les choses se passent d'une façon aussi heureuse, c'est que là, comme ailleurs, il se forme peu à peu, autour du corps étranger, un kyste qui l'enveloppe et l'isole du reste de l'organe; mais c'est là un fait tout exceptionnel, et sur lequel une pratique saine, prudente, ne saurait compter. Lorsque cette terminaison heureuse n'a pas lieu, tant que le corps étranger séjourne dans les tissus, alors même qu'il ne détermine pas ces lésions graves, profondes, que sa présence entraîne si souvent, il provoque des accidents intermittents, qui peuvent tromper un observateur peu attentif sur leur véritable cause. Cette intermittence, qui naît ainsi sous l'action d'une cause continue, dépend de l'intensité de l'irritabilité des tissus, qui n'est pas toujours la même, comme de la mobilité même de la force de résistance vitale, qui varie suivant une foule de conditions qui sont loin d'être toutes déterminées.

Lorsque la cause des accidents primitifs qui ont été observés reste méconnue, et que ces accidents sont rapportés à une simple contusion, un traitement simplement antiphlogistique, suffisamment énergique, conduira souvent à une atténuation remarquable des symptômes, et l'on se croit autorisé par là à supposer que l'on n'a eu à combattre en effet que les résultats inévitables d'une simple contusion de tissus doués d'une excessive sensibilité. Mais il arrive presque toujours que ces accidents, qui se sont tus un instant, reparaissent avec leur intensité première, et réclament de nouveau l'application d'une médecine antiphlogistique énergique : c'est que l'épine morbide est toujours là, et que la méthode employée n'a d'autre effet que de modérer les congestions que celle-ci appelle presque nécessairement dans les tissus au sein desquels elle est implantée. Cette marche des accidents se lie tellement à la présence d'un corps étranger dans les tissus de l'œil, qu'un observateur sagace cesse dès lors d'hésiter dans son diagnostic, et ne balance point à rejeter l'idée à laquelle il s'était arrêté d'abord, d'une contusion simple. Mais cette affirmation, quelque explicite qu'elle soit, ne suffit pas pour mettre fin aux accidents ; il faut saisir le corps étranger et l'extraire. Il y a là bien souvent une difficulté réelle, et

dont les praticiens les plus exercés ne parviennent pas toujours à triompher. Le fait suivant va nous montrer tout à la fois la marche caractéristique des accidents que nous venons de signaler, la difficulté d'un diagnostic précis, et enfin la pratique que commande ce diagnostic une fois posé.

M. B., étant à la chasse, décharge successivement ses deux coups sur un ièvre. Au second coup, il sent un choc violent à l'œil : il reconnaît immédiatement que ce choc est dû au contact d'une capsule qui a éclaté. Il est convaincu que l'intérieur de l'œil n'a point été touché, et il assure que l'occlusion instantanée des paupières n'a permis à aucun fragment de la capsule de pénétrer.

Cependant l'œil est le siége d'une douleur excessivement vive, douleur qui se complique bientôt d'une violente congestion de l'organe. M. B. rentre chez lui, l'œil est attentivement examiné ; et, en effet, à part une congestion intense, on ne remarque rien ; de simples bains de pieds, des compresses froides sur l'œil, un régime léger, sont d'abord prescrits ; mais ces moyens n'empêchent pas les accidents de marcher, et de priver complétement le malade de sommeil. Le lendemain l'œil est examiné avec une plus grande attention encore ; nulle part on ne voit la plus légère solution de continuité. Dans la conviction où l'on est qu'on n'a affaire à rien de plus qu'une simple contusion, une saignée abondante est pratiquée, et la diète absolue est prescrite. Amélioration notable dans l'état du malade. Cette amélioration dure peu, elle est remplacée par une congestion au moins aussi violente que la première fois. Une nouvelle saignée, suivie d'une application de sangsues, suspend encore les accidents ; mais cette amélioration n'est encore que passagère, une nouvelle fluxion se reproduit, avec le cortége des divers symptômes dont ces sortes de fluxions ont coutume de s'accompagner ; c'est alors que M. B. se décide, d'après le conseil que je lui ai donné, à consulter un homme spécial. Notre confrère se livre à un examen attentif, il ne voit rien, et croit, lui aussi, à une simple contusion. Frappé toutefois de la marche intermittente des accidents, sous l'influence d'une médication antiphlogistique énergique, il touche l'œil en un point où il croit remarquer une très-légère saillie ; il sent de la résistance, entame légèrement la cornée sur ce point, et arrive immédiatement sur un corps étranger qu'il dégage dès lors facilement avec la pointe de l'instrument. Est-il besoin d'ajouter qu'à partir de ce moment M. B. cessa de souffrir, que l'œil s'éclaircit rapidement, et présente à peine une légère opacité, comme trace de l'accident dont il a été le siége?

Nous n'avons eu d'autre but, en rapportant cette observation, que

de fixer l'attention des praticiens sur la marche spéciale qu'affectent les accidents, dans ces cas, sous l'influence de la médication antiphlogistique, et d'en faire saillir la signification diagnostique, alors que les symptômes objectifs proprement dits manquent complétement, ou au moins ne peuvent être que très-difficilement saisis.

Fragment de capsule dans l'intérieur de l'œil. — Séjour du corps étranger. — Destruction de l'organe. — Le fait suivant, dont nous avons été témoin à la consultation de M. Lenoir, à l'hôpital Necker, vient démontrer les suites fâcheuses qui, plus souvent que les auteurs ne l'ont dit, accompagnent le séjour de ces sortes de corps étrangers dans l'œil. Une dame, d'environ vingt-deux ans, reçoit dans l'œil un éclat de capsule. Le fragment ayant pénétré assez profondément dans l'organe, ne laisse aucune trace de son passage. Comme dans le cas précédent, un traitement antiphlogistique est mis en pratique infructueusement, et les phénomènes se reproduisent avec assez d'intensité pour engager le médecin à envoyer la malade à Paris. Ce même confrère, consulté, ne peut constater, cette fois, le point d'implantation du corps étranger, ou ne juge point prudent d'aller le chercher dans le point reculé où il se trouve situé ; toujours est-il que, pendant deux mois il se borne aux antiphlogistiques généraux et locaux. Enfin la malade, lassée de l'inutilité de ce traitement, et réduite par la douleur et l'insomnie à un état de faiblesse extrême, est adressée à M. Lenoir ; celui-ci voyant qu'il n'y avait plus à compter sur l'enkystement du corps étranger, trouvant l'œil perdu pour la vision, par suite d'une opacité complète de la cornée et de la présence de dépôts albumineux dans les deux chambres de l'organe, et soupçonnant enfin que les douleurs intolérables ressenties par la malade jusque dans le fond de l'orbite, reconnaissaient pour cause un abcès profondément caché dans le fond de l'œil, propose d'inciser la cornée et d'évacuer, par cette incision des liquides, quels qu'ils soient, renfermés dans le globe oculaire. L'opération acceptée par la malade est pratiquée avec un couteau à cataracte ; et consiste à faire un lambeau comme pour l'extraction, lambeau qu'on excise à sa base, dans un second temps. Des pressions sont exercées sur l'organe et donnent issue à de fausses membranes et à du pus, au milieu duquel on retrouve le corps étranger. L'opération fut suivie d'un soulagement instantané, et permit à la malade de goûter quelques heures de sommeil. L'inflammation fut constamment combattue par des émollients, et l'œil revenu sur lui-même fut remplacé au bout de deux mois par un œil artificiel dont les mouvements, parfaitement en harmonie avec ceux de l'organe sain, ne laissent soupçonner aucune difformité.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ALBUMINURIE (*Quelques remarques sur l'*) *chez les femmes enceintes*. Le phénomène de l'albuminurie, qui a été, depuis un certain nombre d'années, l'objet de si nombreuses et si importantes recherches, a été à peine étudié jusqu'ici dans ses rapports avec la grossesse. L'importance pratique de cette question ne saurait, cependant, rester un instant douteuse, en songeant surtout que, dans certains cas, par le seul fait de la sécrétion anormale de l'albumine, non-seulement la vie de la mère, mais celle aussi de l'enfant, peuvent être compromises. On sait, en effet, que l'éclampsie et l'hémorrhagie utérine sont plus ou moins intimement liées à la production de ce phénomène morbide. Il était donc non moins intéressant pour la pratique que pour l'élucidation des nombreuses questions de physiologie morbide qui se rattachent à cet important sujet, de rechercher quelle est la fréquence relative de l'albuminurie chez les femmes enceintes, quelle est son influence sur la marche et la terminaison de la grossesse, et enfin quels sont les rapports qui lient cet état avec l'éclampsie et l'hémorrhagie utérine, les deux accidents les plus communs et les plus redoutables auxquels les femmes enceintes sont exposées. Tel a été l'objet d'un important travail que M. Blot, interne à la Maternité de Paris, a accompli pour son épreuve inaugurale du doctorat. L'étendue de cette excellente thèse ne nous permettant pas d'en faire connaître tous les détails intéressants, nous nous bornerons à exposer les conclusions qui la résument.

L'albuminurie est fréquente chez les femmes enceintes; l'auteur l'a rencontrée 41 fois sur 205 femmes. Dans presque tous les cas, elle reconnaît pour cause une simple hypérémie rénale, un simple trouble fonctionnel des reins. La primiparité paraît en être une cause prédisposante des plus manifestes. Au signe pathognomonique de l'albuminurie, à la présence de l'albumine dans l'urine, s'ajoutent quelques symptômes concomitants plus ou moins variables, tels que l'hydropisie, soit du tissu cellulaire, soit des membranes séreuses; des douleurs lombaires, etc. Presque toujours l'albuminurie des femmes enceintes est exempte de réaction générale. Dans la très-grande majorité des cas, l'albuminurie de la femme enceinte disparaît presque immédiatement après l'accouchement. Contrairement à l'opinion généralement répandue, l'albuminurie de la femme enceinte est, en général, peu grave; 37 fois sur 41, elle n'a été accompagnée d'aucun accident; elle n'a pas paru avoir d'influence marquée, quoi qu'en aient dit quelques observateurs, ni sur la marche de la grossesse, ni sur l'accouchement prématuré, ni sur le développement et la vie du fœtus, ni sur la durée du travail, ni sur la délivrance, ni sur les suites de couches et la sécrétion laiteuse. L'œdème, suivant M. Blot, est loin d'avoir, au point de vue du pronostic, la valeur qu'on lui a accordée. Tous les cas d'éclampsie qu'il a observés ont été accompagnés d'albuminurie, mais la réciproque n'est point vraie. — L'albuminurie prédispose aux hémorrhagies après l'accouchement. — Dans le traitement de l'albuminurie des femmes enceintes, les émissions sanguines ne devront être employées que lorsqu'à cette affection s'ajouteront des signes de congestion cérébrale. Dans les cas de congestion cérébrale imminente, lorsque l'albuminurie sera compliquée de chloro-anémie, M. Blot pense qu'on pourrait remplacer avec avantage les saignées par des révulsifs énergiques, tels que les ventouses Junod, afin de conjurer les accidents, sans augmenter l'appauvrissement du sang et par suite la disposition aux hémorrhagies après la délivrance. (*Thèses de Paris*.)

CHANVRE INDIEN (*Son emploi comme calmant dans le traitement de quelques maladies des yeux*.) Tout ce qui tend à faire connaître les propriétés médicales d'une substance récemment introduite dans la thérapeutique, à en déterminer les indications, le mode d'emploi et les applications diverses dont elle peut être susceptible, doit nécessaire-

ment trouver place dans ce recueil, ne fût-ce qu'à titre de renseignement, sauf à attendre de l'expérience et de l'avenir les éléments nécessaires pour en apprécier convenablement les effets et fixer les limites dans lesquelles devra en être restreint l'usage. C'est à ce titre que nous reproduisons les deux faits suivants. Le premier est emprunté à un Mémoire de M. Wolf, sur le chanvre indien, inséré dans la *Medicinische Zeitung herausggb. von d. Verein f. Heilkunde in Preussen.*

Obs. I. Une dame, âgée de soixante ans, prédisposée aux affections rhumatismales, opérée de la cataracte depuis deux ans et demi, contracta, à la suite d'un changement brusque de température, une violente ophthalmie rhumatismale qui altéra le bénéfice de l'opération, et s'accompagna de douleurs continues des plus intenses. Les médications les plus variées avaient inutilement été employées, lorsque, dans le courant de novembre 1846, par conséquent dans une saison défavorable. M Wolf commença à administrer chaque soir à la malade 12 gouttes de teinture de *cannabis indica*; les douleurs ne tardèrent pas à diminuer graduellement: en peu de temps elles disparurent pour ne plus revenir. L'emploi du médicament fut continué pendant tout l'hiver, sans le moindre inconvénient.

Encouragé par cet exemple, M. Félix Binard, médecin militaire à Malines, a eu recours au même moyen, et avec le même succès, dans un cas analogue, dont voici l'histoire sommaire :

Obs. II. Un individu autrefois sujet aux rhumatismes, affecté depuis fort longtemps d'une cataracte monoculaire, résultat d'une lésion traumatique de l'œil, se présenta à M. Binard, avec tous les symptômes d'une ophthalmie rhumatismale; les douleurs, toujours assez violentes, s'exaspéraient considérablement vers le soir et pendant la nuit; elles augmentaient notablement sous l'influence du moindre changement de température. Après avoir employé quelques antiphlogistiques et calmants locaux, M. Binard prescrivit la poudre de Dower, à la dose de 12 grains chaque soir, et, comme traitement topique, un collyre avec l'eau de laurier-cerise et une faible dose de sublimé corrosif. Sous l'influence de ces moyens et de quelques révulsifs cutanés et intestinaux, l'affection s'améliora promptement, et l'état du malade devint supportable. Cependant, il restait toujours une grande irritabilité nerveuse, qui se faisait sentir douloureusement dans l'œil à chaque changement de température, et pouvait faire craindre une récidive de l'ophthalmie rhumatismale. Ce fut alors que ce médecin prescrivit la teinture de *cannabis indica*, d'abord à la dose de 8 gouttes, et successivement jusqu'à 20 gouttes, prises le soir avant de se coucher. Depuis cette époque, l'irritabilité nerveuse cessa comme par enchantement, et la santé de ce malade gagna considérablement. L'inflammation ainsi que les douleurs disparurent tout à fait, et n'ont plus reparu, bien que le malade ait traversé depuis lors une saison défavorable. (*Annal. d'oculistique*, février 1850.)

COLLODION CANTHARIDAL (*Note sur l'emploi du*), *pour l'établissement des vésicatoires*. Nous avons, l'an dernier, signalé à l'attention des praticiens ce nouvel épispastique proposé par un pharmacien de Saint-Pétersbourg. Nous ne reviendrons pas sur son mode de préparation, que nous avons décrit (tom. 36, p. 516); seulement nous redresserons une erreur typographique qui s'est glissée dans la formule. On obtient le *collodion cantharidal* en faisant dissoudre 1 gramme 25 centigrammes (et non 25 grammes) de coton-poudre dans 60 grammes de teinture éthérée de cantharides. Les remarques suivantes, publiées par M. Strohl, si elles ne prouvent pas que les avantages signalés par le pharmacien russe sont assez grands pour engager les praticiens à abandonner la formule classique au profit de cette nouvelle préparation, montrent cependant que le collodion cantharidal peut répondre à certains besoins de la pratique.

«Pour appliquer un vésicatoire avec cette préparation, on étend sur la peau, bien desséchée, trois couches minces, aussi égales que possible, en ayant soin de laisser sécher chaque couche, avant d'en appliquer une nouvelle. Aucun pansement n'est nécessaire. La vésication exige, pour se produire, à peu près autant de temps qu'avec l'emplâtre ordinaire, mais elle est généralement moins douloureuse. Le liquide épanché sou-

lève l'épiderme, sur lequel on trouve le collodion plus ou moins détaché ou adhérent, selon l'épaisseur de la couche et la quantité de pyroxiline dissoute dans ce collodion.

Un grand nombre de vésicatoires ont été ainsi appliqués à l'hôpital et en ville, avec un succès à peu près constant. La non-réussite a tenu à plusieurs circonstances qui m'ont échappé au commencement, mais que je suis parvenu à connaître. Les deux règles importantes à observer sont : 1° d'appliquer une couche assez épaisse, et 2° de secouer le flacon au moment de l'application, pour rendre le liquide homogène. Une couche de collodion trop mince ou inégalement appliquée sera sans effet dans le premier cas, ou bien ne détachera pas complètement l'épiderme, et dans le second, laissera des îlots de peau non entamée, au milieu d'une vésication plus ou moins parfaite. Trois couches superposées me paraissent produire le meilleur résultat. De plus, il est indispensable de bien secouer le flacon contenant la provision, car au bout d'un certain temps il surnage un éthérolé de cantharides, ne contenant souvent pas assez de collodion, tandis que les couches inférieures renferment trop peu de principe vésicant. Il en résulte que les vésicatoires appliqués avec la portion supérieure donneront de bons résultats, quand celle-ci contient encore assez de collodion ; dans le cas opposé, l'effet sera nul, parce que la couche, trop pauvre en coton-poudre, sera trop mince et n'adhérera pas assez à la peau. Mais dans ces deux circonstances, on aura enlevé au mélange un excès de cantharidine, de sorte que, arrivé à une certaine profondeur dans le flacon, on trouve un collodion très-adhérent, mais nullement vésicant. Depuis que j'ai fait attention à ces deux particularités, je n'ai plus éprouvé de mécompte.

Je ferai remarquer encore que la quantité de pyroxiline à ajouter à l'éthérolé de cantharides est importante à noter; trop faible, l'enduit est trop mince et trop peu adhérent; trop forte, la pellicule s'attache trop à la peau, la contracte, et le soulèvement de l'épiderme est accompagné de douleurs plus vives. »

M. Strohl termine sa note en signalant les bons effets qu'il a encore retirés du collodion pour obtenir une prompte dessiccation des vésicatoires volants. Nous avons, il y a plus d'un an, signalé quelques essais semblables; mais la difficulté d'étendre une couche de collodion, toujours assez mince pour qu'elle ne se rétracte point et ne fronce pas l'épiderme soulevé, nous a fait abandonner ce mode de pansement pour revenir à la carde de coton, qui atteint mieux le même but, celui de fournir un enduit protecteur, sous lequel se reproduit le nouvel épiderme. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, avril 1850.)

COLLODION (*Du*) *comme mastic dentaire*. Les propriétés sédatives de l'éther font employer journellement cette substance pour combattre les douleurs que provoquent les caries dentaires; rien de vulgaire comme la boulette de coton imbibée d'éther, seul ou additionné de laudanum, dans ces circonstances. Depuis la découverte du coton-poudre nous avons remplacé avec avantage le coton ordinaire par ce nouveau produit qui, on le sait, se dissout très-facilement dans l'éther, et nous avons ainsi obtenu et la disparition de la douleur et l'obturation de la cavité de la dent. Ce nouveau mastic, collodion extemporané, est à l'abri du reproche que l'on a adressé à la plupart des formules de mastic dentaire, celui de fournir un produit qui, avec le temps, acquiert une couleur foncée qui tranche avec celle de la dent. Comme notre expérimentation n'a pu encore se faire sur une très-large échelle, nous reproduirons ici les lignes suivantes qui terminent la note de M. Strohl, sur le collodion cantharidal : « En général, les emplois du collodion seraient journaliers si l'on voulait donner à cette préparation l'attention qu'elle mérite. C'est ainsi que, depuis son apparition, je m'en sers comme mastic dentaire presque inaltérable. Une boulette de coton, imbibée de collodion, est introduite dans la dent cariée; elle reste molle assez longtemps pour pouvoir être maniée convenablement, et une fois durcie, elle remplit exactement la cavité. Comme les liquides aqueux et alcooliques n'ont aucune action sur la pyroxiline, la boulette ne se ramollit pas pendant des mois. Je sais une dame qui a une dent ainsi obturée depuis dix mois, et je serais très-embarrassé si je devais retirer aujourd'hui le coton. » Je crois qu'on obtiendra encore un meilleur résultat en sub-

stituant, à notre exemple, une boulette de coton-poudre ou pyroxiline à celle de coton ordinaire.

EMPHYSÈME PULMONAIRE (*Bons effets de la strychinine dans l'*). Il y a quelques mois, nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur le travail d'un médecin espagnol, qui recommandait les préparations de noix vomique dans l'emphysème. M. Homolle, qui a fait, dans ces derniers temps, des recherches intéressantes sur la strychnine, a essayé, de son côté, les effets de cette substance dans cette maladie. Comme l'auteur espagnol, il se proposait, avec la strychnine, de relever la contractilité des vésicules pulmonaires, et, comme lui, il a obtenu un soulagement des plus satisfaisants, dans un cas où tous les moyens ordinaires avaient été mis en usage sans succès. C'est à la dose de 3 milligrammes par jour que notre confrère l'a prescrit, et d'après la formule suivante :

Pr. Strychnine.... 3 milligrammes.
Magnésie...... 60 centigrammes.
Sucre........ 50 grammes.

Mêlez et divisez en trois doses pour la journée.

Dès les premières doses, le soulagement a été sensible, et il n'a fait que se confirmer. Huit jours de ce traitement ont consolidé l'amélioration. (*Compte-rendu des séances de la Société de médecine prat.*)

FONGUS DU RECTUM *chez les enfants, guéri à l'aide de la cautérisation avec le nitrate d'argent.* Le fongus du rectum, que l'on rencontre si souvent comme complication des hémorrhoïdes chez l'adulte, est une affection rare dans l'enfance. Toutefois, il suffit qu'elle puisse se présenter quelquefois, pour qu'il soit utile de signaler les moyens de traitement dont les praticiens peuvent avoir à disposer en pareil cas. Cette utilité sera d'autant mieux sentie, que les moyens habituellement usités dans le traitement du fongus du rectum chez l'adulte, tels que la ligature, la compression, etc., ne sont que très-difficilement applicables chez les enfants. L'indocilité de ces petits malades, et la difficulté de les maintenir longtemps dans une attitude forcée, exigent qu'on ait recours à un moyen plus facile et plus expéditif. M. le docteur Lecluyse, de Poperinghe, a réussi dans plusieurs cas de ce genre, à l'aide de cautérisations profondes et répétées avec le nitrate d'argent. L'observation suivante donnera un spécimen de ce mode de traitement et de ses effets.

Obs. I. Un petit garçon de cinq ans, sujet à une chute plus ou moins fréquente du rectum, ayant eu à plusieurs reprises des pertes de sang par l'anus, fut soumis à l'examen de M. Lecluyse, qui constata, au pourtour de l'anus, la présence de deux petites tumeurs hémorrhoïdales assez bien caractérisées, et le sommet d'un troisième bourrelet plus saillant, occupant le centre de l'ouverture anale, et paraissant avoir son insertion au-dessus du sphincter. Mais ayant employé successivement, sans aucun résultat, les applications d'eau froide et des lavements froids, puis des injections astringentes avec une décoction d'écorce de chêne, M. Lecluyse examina de nouveau avec plus de soin, et finit par reconnaître que le tubercule central avait tous les caractères d'une végétation fongueuse ; il avait une surface inégale, mollasse, de couleur foncée, d'un aspect spongieux, pultacé et variqueux, n'offrant aucune sensibilité au toucher ni même à la pression faite pour la refouler au-dessous du sphincter. Seulement, le malade y ressentait quelque douleur pendant les efforts faits pour aller à la selle, à la suite desquels l'excroissance sortait constamment, pour ne rentrer que cinq à quinze minutes après cette évacuation, et après avoir donné issue à une grande quantité de sang. Il n'y avait qu'un moyen de prévenir l'épuisement imminent du petit malade, c'était de détruire le plus promptement possible toute la partie fongueuse. Mais comme l'enfant était très-indocile et se méfiait de tout ce qu'on voulait faire autour de lui, la ligature lui parut impraticable ; il se décida donc immédiatement à attaquer tout le bourrelet par la cautérisation, au moyen du nitrate d'argent, chaque fois qu'il ferait saillie hors du fondement. Le malade n'en ressentit qu'un léger chatouillement, et aussitôt l'écoulement cessa. A la seconde cautérisation, qui fut faite douze heures après la première, le tissu étant extrêmement mou, le crayon pénétra jusque bien avant dans ce tissu, dont il détacha une couche pultacée si épaisse, qu'il n'en resta plus

que les deux tiers de son volume primitif. Quatre ou cinq applications du caustique, amenant chaque fois la séparation de semblables escarres, suffirent pour la faire disparaître totalement. La suppression définitive de l'hémorrhagie et l'état naturel des selles lui donnèrent, plus tard, la certitude que l'enfant était totalement guéri.

Le même mode de traitement réussit également sur un petit enfant de six mois et chez une petite fille de huit ans, qui perdait depuis plusieurs semaines une telle quantité de sang, que sa constitution en était entièrement détériorée. Quatre ou cinq applications de la pierre infernale suffirent, dans ce dernier cas, pour mettre un terme à ces hémorrhagies.

Dans les trois cas observés par M. Lecluyse, les fongosités rectales étaient plus ou moins accessibles à l'œil, et il lui a été toujours facile d'opérer sur des parties découvertes. Ce praticien se demande si la même méthode de traitement serait applicable aux cas où les fongus seraient situés profondément dans l'intestin. Nous pensons avec lui que cette circonstance rendrait évidemment l'application du procédé plus difficile, mais qu'elle ne serait pourtant pas encore impossible. Ainsi que l'a observé M. Lecluyse, les excroissances fongueuses ne versent du sang que lorsqu'elles sont poussées hors du fondement, et, par conséquent, lorsqu'elles deviennent accessibles; or, il n'est pas nécessaire d'atteindre la base de la tumeur et de la cautériser dans toute son étendue pour faire cesser les accidents auxquels elle donne lieu; la cautérisation des parties saillantes ou découvertes suffit ordinairement pour atteindre ce résultat. Malgré ce bon résultat de la cautérisation, nous fondant sur les nombreux succès, que nous avons enregistrés dans ce recueil, de la ligature, dans les cas de simples polypes, nous préférions avoir recours à ce moyen, puis à l'excision du fongus en dehors de la ligature. Le fil laissé sur le pédicule s'opposerait à l'écoulement du sang. Du reste, on vient très-facilement à bout de ces hémorrhagies, chez les enfants, à l'aide du tamponnement de l'ampoule rectale. (*Annales de la Soc. de Roulers*, 2e liv., 1850.)

HYDROCÉPHALE (*Ponction du crâne pratiquée avec succès dans un cas d'*). Il est des maladies tellement graves, que leur gravité seule peut excuser la hardiesse de certaines tentatives. L'hydrocéphale est de ce genre, et la ponction du crâne, recommandée déjà par Hippocrate, Aëtius et Celse, n'eût pas éprouvé ces alternatives de répulsion et de faveur dont elle a été l'objet à diverses époques, si elle n'eût été, en quelque sorte, légitimée par le danger si grand de la maladie et par quelques succès incontestables. S'il est bon de savoir que la ponction du crâne, pratiquée dans l'hydrocéphale, est une opération qui a très-rarement réussi, et cela tient, très-probablement et le plus généralement, à ce que la ponction a été faite dans des cas où l'accumulation de liquide n'était qu'une circonstance secondaire; il est utile que le praticien sache qu'il a, dans cette opération, une dernière ressource qui peut lui valoir un succès. Aux faits déjà connus et incontestables qui existent dans la science, nous croyons devoir ajouter celui si curieux que vient de publier M. Kitsell, et dont son propre fils a été l'objet. Ce fut à l'âge de huit mois que cet enfant commença à éprouver des accidents sub-aigus du côté du cerveau, précédés de quelques phénomènes qui indiquaient une perturbation des fonctions digestives. Peu à peu la tête commença à augmenter de volume; la suture sagittale s'écarta de deux pouces; la fontanelle antérieure était extrêmement tendue et convexe, le front saillant et bombé; la tête, plus développée à gauche qu'à droite, tendait à s'incliner de ce côté. En même temps, le petit malade roulait continuellement sa tête sur l'oreiller, avait souvent de la tendance au coma, présentait de la contraction des doigts, des tremblements des paupières, des alternatives de rougeur et de pâleur de la face, de la lenteur du pouls, de la dilatation des pupilles avec strabisme, et enfin des convulsions fréquentes, avec opisthotonos, écume à la bouche, coloration violacée de la face. Ces symptômes duraient depuis plusieurs jours (l'enfant avait alors dix-huit mois), et une terminaison funeste paraissait inévitable, lorsque M. Kitsell eut l'heureuse inspiration de pratiquer la ponction du crâne; il la fit pendant un accès convulsif. Le trocart fut

plongé à un pouce au-dessous de l'angle antéro-supérieur du pariétal gauche, dans la direction du ventricule latéral. Comme l'instrument était dirigé très-obliquement, ce ne fut qu'après un trajet de deux pouces que la couche de liquide fut atteinte. Il s'écoula immédiatement seize onces de liquide. Le soulagement fut comme magique, et les convulsions ne reparurent plus. Au lieu de fermer l'ouverture avec une compresse et un bandage contentif, M. Kitsell maintint l'ouverture béante, afin de faciliter l'écoulement du liquide à mesure qu'il était sécrété. Pendant cinq jours et cinq nuits les langes de l'enfant furent trempés par l'écoulement, et l'auteur ne l'estime pas à moins de quatre pintes. En même temps, la tête revenait peu à peu sur elle-même, sans aucun accident. Lorsque M. Kitsell communiquait ce fait à l'Association provinciale, la tête de l'enfant avait repris son volume normal; les diverses sutures étaient fermées; la fontanelle antérieure rétractée et flasque; on sentait très-bien les pulsations du cerveau, et le cuir chevelu commençait à se couvrir de cheveux. Sous tous les rapports, l'état de cet enfant était des plus satisfaisants. — Tout en rendant hommage à l'heureuse hardiesse qui a conservé un fils à notre confrère, nous croyons que, pour être autorisé à pratiquer une pareille opération, il faut trouver, comme lui, son excuse dans la gravité et l'imminence des accidents. En toute autre circonstance, on courrait le risque d'abréger la vie d'individus qui, sans cette pratique, auraient parcouru encore de longs jours. (*Provincial Journal.*)

INCONTINENCE D'URINE (*Cautérisation du col de la vessie pratiquée avec succès dans un cas d'*). Parmi les accidents qui suivent l'extraction des calculs vésicaux ou l'opération de la taille chez la femme, l'un des plus communs est l'incontinence d'urine. Tantôt cette incontinence est due à ce que pour arriver jusqu'au calcul il a fallu dilater graduellement le col de la vessie, et cette dilatation a paralysé le sphincter vésical; tantôt, lorsqu'on a pratiqué l'incision de l'urètre, c'est que l'incision ne s'est pas cicatrisée et que les manœuvres nécessaires pour l'extraction du calcul ont également affaibli la contractilité du sphincter. M. Moore a eu dernièrement l'occasion de faire une opération pour un cas de ce genre. Une jeune femme de vingt-deux ans avait de l'incontinence d'urine depuis un an à la suite d'une opération qui lui avait été faite pour la débarrasser d'un calcul vésical, pesant une once et demie. Cette incontinence était telle que, couchée, la malade était forcée de rendre les urines toutes les demi-heures, et que, debout, les urines coulaient incessamment. L'urètre avait été divisé dans toute sa longueur et ne s'était pas réuni; ce qui restait du canal n'avait pas plus d'un demi-pouce de long, et la paroi postérieure était fermée par un rebord très-mince, qui paraissait appartenir plutôt à la vessie qu'à l'urètre. La communication qui était établie ainsi entre le vagin et la vessie était assez grande pour loger l'index. Après avoir essayé plusieurs moyens sans succès, M. Moore songea à la possibilité d'obtenir l'occlusion du col, en se servant de l'action rétractile du tissu cicatriciel ou inodulaire. Pour cela, il prit une sonde droite en argent, l'introduisit dans le col de la vessie et la maintint dans une situation telle que l'ouverture ovalaire ou l'œil dont elle était formée sur le côté correspondît à la partie antérieure de l'urètre. Passant alors dans l'intérieur de la sonde un stylet de fer rougi à blanc, il le conduisit jusqu'à l'ouverture, et détermina une escarre sur la partie antérieure de l'urètre. A partir de cette cautérisation, l'urine ne coula plus involontairement et la malade put la retenir pendant deux heures sans qu'elle s'échappât malgré sa volonté. On se demande si M. Moore n'eût pas obtenu le même résultat en cautérisant avec le nitrate d'argent, comme on l'a fait avec succès pour les fistules vésico-vaginales étroites et récentes. (*The Lancet.*)

NÆVUS MATERNUS (*Bons effets de l'application topique du collodion dans le traitement du*). Une foule de moyens ont été proposés pour faire disparaître le *nævus maternus*. On a enlevé la tumeur, ou bien on l'a détruite sur place, ou bien on a cherché à empêcher le sang d'y arriver, ou à l'en chasser; enfin on a voulu le coaguler, de manière à oblitérer les cellules et les vaisseaux qui le contiennent. Si ces méthodes di-

verses peuvent s'appliquer aux *nævi* qui présentent une tendance fâcheuse à l'augmentation de volume et à l'extension périphérique, il n'est pas douteux qu'il est de ces petites tumeurs érectiles qui restent stationnaires et qui peuvent disparaître sous l'influence de moyens très-simples, de la compression, par exemple. Boyer et M. Moreau ont fait connaître des cas de ce genre, des cas où la guérison a été spontanée. Il suit de là que toutes les fois que le *nævus* ne présente pas une tendance manifeste au développement, avant d'en venir à une véritable opération, il faut essayer des moyens plus simples et plus doux; et aux moyens dont nous venons de parler, nous croyons qu'il faut ajouter l'emploi topique du collodion. Cette préparation possède, en effet, des propriétés rétractiles non douteuses, qui peuvent être utilisées dans ce cas. M. le docteur Brainard, de Chicago, en a fait usage avec plein succès dans deux cas; d'abord chez un jeune enfant qui portait au niveau de la fontanelle antérieure un *nævus* du volume d'une très-grosse fraise; ensuite, chez un enfant qui portait, au niveau de l'œil droit, un *nævus* de 3|4 de pouce de long sur 1|2 pouce de large. Dans le premier cas, aussitôt que la tumeur eut été convertie d'une couche de collodion, elle commença à s'affaisser. M. Brainard renouvela la couche de collodion quelques semaines après, et la tumeur, qui était réduite à presque rien, disparut entièrement. Il n'en reste aujourd'hui aucune trace. Dans le second cas, les circonstances étaient moins favorables, en ce sens que la tumeur, qui, à la naissance, était à peine sensible, avait acquis en six mois son volume actuel. Le collodion fut appliqué pendant le sommeil de l'enfant, et comme on remarqua que la tumeur semblait s'effacer, on revint à ces applications, tous les trois ou quatre jours. En deux mois la tumeur avait entièrement disparu; à peine si la coloration de la peau indiquait encore l'endroit qu'elle avait occupé. (*American Journal.*)

STRYCHNINE (*Du kermès comme contre-poison de la*). Il n'existe pas encore de contre-poison de cet alcali organique, etc. Le seul moyen indiqué, l'émétique, ne peut être considéré comme tel, puisqu'il n'agit qu'en provoquant l'expulsion de la substance toxique. A ce titre, les expériences que M. Thorel, pharmacien à Avallon, vient de communiquer à la Société de pharmacie, bien que faites sur des animaux, nous paraissent dignes d'être signalées à l'attention des praticiens; nous citerons un de ces cas pour exemple :

« Je pris un chien de moyenne taille, de l'espèce dite chien de berger. Il était à jeun; je lui donnai à peu près 60 à 80 grammes de pain qu'il mangea avec avidité. Une demi-heure après, il avala 25 centigrammes de strychnine, que j'avais mise dans un peu de viande. Au bout de dix minutes, et au moment où, l'œil inquiet, la tête basse, il commençait à trembler, je lui fis avaler avec beaucoup de peine la potion kermétisée. Peu de temps après, il vomit un peu et rendit quelques excréments. Cependant, les symptômes continuant avec intensité, et comme j'avais perdu une partie de la potion en la lui faisant prendre, je lui en donnai une seconde dose. Malgré cela, l'agitation, les soubresauts ne cessèrent point, et au bout de vingt minutes il s'abattit. Les pattes étaient raides et tendues, la tête était renversée en arrière; je le crus mort. Il resta au moins un quart d'heure dans cette position; pendant ce temps, on lui donna un peu de lait à la cuillerée; des déjections et des vomissements assez abondants eurent lieu. A partir de ce moment, il parut plus calme, quoique très-abattu et très-faible, car il ne pouvait bouger; on continua à lui faire prendre du lait, et deux heures après il était hors de danger. Il est bon de remarquer que la dose de poison prise par ce chien pouvait en empoisonner deux. En présence de tels faits je me suis demandé si ce contre-poison ne réussirait pas aussi bien sur l'homme toutes les fois qu'il s'agirait d'un empoisonnement par les strychnos. Les faits que j'ai observés ne me laissent aucun doute sur l'efficacité du kermès dans ce cas, et je n'hésiterais pas à conseiller la formule suivante :

Kermès nº 1.......	1	gramme.
Emétique........	0,10	gramme.
Sirop de nerprun.	15	grammes.
Eau..............	60	grammes.

à prendre en une fois. Si le vomissement avait lieu immédiatement après l'ingestion, il faudrait tout de suite en donner une nouvelle dose. Dans

le cas où les accidents continueraient on en ferait prendre une troisième. »

L'efficacité du kermès bien démontrée par les faits, M. Thorel a cherché à définir le mode d'action, et par une série d'expériences s'est convaincu qu'en mettant le kermès, ou mieux le sulfure de potasse qui lui permettait d'apprécier plus sûrement les réactions, il obtenait un précipité jaune dû à la décomposition de l'alcali organique par le soufre. Avec le kermès la réaction est double ; une partie du soufre du kermès se porte sur la strychnine, tandis que l'acide lactique se combine avec l'antimoine. Le choix du kermès n'est pas indifférent ; celui vendu dans le commerce sous la dénomination de kermès n°s 2 et 3 n'a pas d'action sensible. En résumé, dit en terminant M. Thorel, le kermès agit ici de deux manières : d'abord une partie est décomposée et forme avec le lactate de strychnine ou de brucine un sulfure insoluble, par conséquent inoffensif; ensuite la partie non décomposée, unie à l'émétique, provoque l'expulsion du poison neutralisé ; c'est, je pense, l'explication la plus rationnelle qu'on puisse en donner. (*Répertoire de pharmacie*, mars 1850.)

TETANOS TRAUMATIQUE *guéri par la névrotomie*. On a proposé et pratiqué la névrotomie pour remédier à des névralgies rebelles et invétérées. Le moyen peut paraître extrême pour une affection qui, quelque grave qu'elle soit, après tout, ne compromet pas la vie. On n'aura pas la même objection à faire pour le cas dont il s'agit ici ; et si, dans tous les cas de tétanos traumatique, il était possible, comme dans celui-ci, d'atteindre avec l'instrument tranchant les filets nerveux dont l'extrémité lésée a été le point de départ des accidents tétaniques, il ne faudrait pas hésiter à ériger en précepte la section des nerfs comme le plus sûr moyen de mettre un terme à ces terribles accidents. Voici un fait où cette section, parfaitement indiquée, a été suivie du plus heureux résultat.

Une femme de quarante-quatre ans, en nettoyant le four d'un boulanger, s'enfonça un fragment de bois sous l'ongle du pouce droit. Bientôt après, elle ressentit une violente douleur, qui s'étendit le long de la partie dorsale du bras, à partir du pouce jusque dans la poitrine. Une heure environ après l'accident, se déclarèrent tous les symptômes d'un spasme tétanique. Le trismus fut bientôt suivi d'un tétanos, qui était complet lorsque le chirurgien arriva, deux heures après l'invasion des premiers symptômes. La malade ne donnait aucun signe de vie. Un examen attentif fit reconnaître, sous l'ongle du pouce droit, un petit fragment de bois. Ce fragment fut enlevé en enlevant l'ongle, et une incision transversale fut pratiquée sur la région dorsale du pouce, entre la racine de l'ongle et la première articulation, jusque sur l'os, de manière à diviser complétement les filets nerveux qui s'épanouissent dans cette région. Un quart d'heure après, on pouvait déjà obtenir un léger écartement des mâchoires. Des cataplasmes émollients sur les masséters et sur le cou augmentèrent l'écartement de la bouche. (Lavement toutes les demi-heures avec infusion de valériane et 20 à 30 gouttes de teinture thébaïque ; frictions avec avec onguent mercuriel ; huile de jusquiame, et huile camphrée dans la région du cou et des masséters ; sinapismes sur les bras et sur les mollets.) Au bout de deux heures, la malade ouvrit les yeux. Le spasme des mâchoires avait presque cessé. L'administration d'un thé de valériane et d'un bain chaud fut suivie d'une réaction, à la suite de laquelle la malade commença à articuler quelques paroles. Cette amélioration fut soutenue par l'usage de boissons antispasmodiques et de frictions belladonées le long du rachis. Les symptômes tétaniques ne tardèrent pas à disparaître, et, sauf quelques accidents fébriles et saburraux, qui vinrent l'entraver, la convalescence marcha rapidement ; huit jours après l'accident, la malade ne conservait plus que de la faiblesse, et l'extrémité du pouce avait récupéré sa souplesse et sa motilité naturelles. (*Medicinisches Correspondenz - blatt Bayerischer-aerzte*, mars 1850.)

VARIÉTÉS.

—

Statistique médicale et pharmaceutique de la France.

M. le docteur Roubaud vient de publier la deuxième année de l'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France.* Cet annuaire (1), destiné à faciliter les recherches que les médecins peuvent avoir à faire, soit pour leurs relations réciproques, soit pour leurs rapports avec l'administration, contient, outre la liste générale des médecins, officiers de santé et pharmaciens de la France entière, tous les documents relatifs à la législation médicale et pharmaceutique, à l'enseignement, aux sociétés savantes, aux établissements et emplois médicaux dépendant de l'administration, etc., avec une statistique médicale où l'on peut puiser les renseignements les plus curieux et les plus intéressants sur la répartition des médecins et des pharmaciens dans les dix départements de la France. Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs cet important document qui, ainsi qu'on en jugera, est de nature à soulever plus d'une question d'économie et d'administration médicale.

La France compte 18,081 praticiens médicaux et 5,372 pharmaciens. Parmi les 18,081 médecins, il y a 10 955 docteurs et 7,126 officiers de santé.

La population de la France, d'après le dernier recensement fait en 1848, est de 33,255,181 habitants. En comparant le chiffre de la population avec celui des médecins, nous trouvons qu'il y a 1 praticien sur 1,839 habitants et une fraction.

Il s'en faut de beaucoup que cette proportion soit la même pour toute la France; ainsi, par exemple, Paris seulement a une population de 1,053,897 habitants, et compte 1,354 docteurs et 64 officiers de santé; c'est donc un médecin sur 744 habitants (2). Sous ce rapport, nous pouvons dire, en règle générale, que le Midi de la France compte plus de praticiens que le Nord; ainsi le Calvados, qui a une population de 520,000 habitants, a 154 docteurs et 113 officiers de santé, tandis que les Bouches-du-Rhône, qui n'ont que 359,473 habitants, comptent 218 docteurs et 121 officiers de santé; de même encore pour les Côtes-du-Nord, dont la population est de 598,872 habitants, et le nombre de ses praticiens de 77 docteurs et 80 officiers de santé, tandis que l'Aude, sur 270,125 habitants, a 113 docteurs et 75 officiers de santé; l'Eure, sur 424,248 habitants compte 91 docteurs et 95 officiers de santé, et le Var, sur 317,601 habitants, a 162 docteurs et 105 officiers de santé.

Sur le nombre total de praticiens, 18,081, deux tiers sont docteurs et un tiers est officier de santé. Il nous paraît intéressant de constater les pays qui fournissent le plus grand nombre d'officiers de santé et d'en rechercher les causes.

En règle générale, on peut dire que les départements les plus riches possèdent le plus grand nombre d'officiers de santé, et que les départements les plus pauvres sont ceux où l'on remarque le plus de docteurs. Cette règle pourtant souffre des exceptions; nous allons essayer de les expliquer.

La richesse d'un pays découle ou de la source industrielle, ou de la

(1) Un vol. in-12, format Charpentier; —chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19. —Prix, pour Paris, 4 francs; franco pour la France, 5 fr. 50 c.

source agricole; la première s'acquiert tout entière par l'activité de l'homme; pour la seconde, au contraire, l'activité humaine reste à peu près stérile, si elle n'est pas secondée par la nature du sol sur lequel elle s'exerce. Par cette double considération, la fortune de l'industriel est toute en lui, tandis que celle du propriétaire foncier est, en grande partie, dans ses terres; par conséquent encore, l'industriel ne peut se livrer à des occupations étrangères à son industrie, tandis que le propriétaire foncier peut consacrer à la science, aux arts, etc., une partie de son activité, sans que sa fortune ait le moins du monde à en souffrir.

Ces considérations nous amènent directement à cette première conclusion, que les départements riches par l'industrie ont beaucoup moins de médecins que les départements agricoles; ainsi la Somme, département industriel, sur une population de 543,704 habitants, possède 77 docteurs et 184 officiers de santé, tandis que la Gironde, département agricole, sur une population de 552,225 habitants, a 272 docteurs et 182 officiers de santé. Le Pas-de-Calais, département industriel, ayant une population de 655,215 habitants, compte à peine 99 docteurs et 286 officiers de santé, alors que l'Hérault, qui n'a qu'une population de 346,207 habitants, compte presque autant de praticiens que le Pas-de-Calais, c'est-à-dire 251 docteurs et 107 officiers de santé.

La seconde conséquence à laquelle amènent les considérations que nous avons établies touchant les départements industriels et agricoles, consiste en ce que, dans les premiers, le nombre des officiers de santé est bien supérieur à celui des docteurs, et que le contraire a lieu pour les départements agricoles.

Dans les départements industriels, la bourgeoisie a toute sa richesse dans des usines, des manufactures et le commerce; elle a pour ses enfants, quel qu'en soit le nombre, une carrière toujours prête, et dans ces pays, nul n'est plus honoré qu'un manufacturier; les fils de la bourgeoisie, élevés dans l'industrie, pensent peu à quitter cette carrière, héritent des usines et des manufactures de leurs pères, et tournent rarement un regard d'envie vers les professions libérales. Ceux, au contraire, qui dans ces départements embrassent ces professions, appartiennent à des familles peu aisées, pouvant tout au plus donner à leurs enfants le titre d'officier de santé. Ceux-ci, une fois parvenus à une certaine aisance, destinent rarement leurs fils à la médecine, et, subissant malgré eux l'influence des idées au milieu desquelles ils vivent, ils les livrent à l'industrie, soit par le mariage, soit par l'achat d'une usine. — Les 11 départements de la zone septentrionale industrielle, qui est, sans contredit, la plus riche de la France, présentent le caractère que nous venons de signaler : le Nord a 211 docteurs et 316 officiers de santé; le Pas-de-Calais, 99 docteurs et 286 officiers de santé; l'Oise, 76 docteurs et 119 officiers de santé; la Somme, 77 docteurs et 184 officiers de santé; l'Aisne, 92 docteurs et 170 officiers de santé, etc.

Dans les départements agricoles, au contraire, la bourgeoisie, ne pouvant faire de ses enfants des fermiers ou des laboureurs, les tourne vers les professions libérales et leur donne le titre de docteur au lieu de celui d'officier de santé. — Ainsi la Charente-Inférieure, sur 163 docteurs, n'a que 82 officiers de santé; dans le Cher, 65 docteurs et 36 officiers de santé, presque le double; dans la Côte-d'Or, 146 docteurs sur 88 officiers de santé; dans Saône-et-Loire, 139 docteurs et 48 officiers de santé, etc.

Les départements du Midi, sauf quelques rares exceptiouts, son dans le cas des départements agricoles; outre l'explication que nous avons donnée pour les seconds et qui s'applique aux premiers, car le Midi est plus agricole que manufacturier, la supériorité du nombre des docteurs sur celui des officiers de santé peut encore tenir au caractère propre aux Méridionaux. La vanité, est, sans contredit, un de leurs principaux mobiles, et tandis que dans le Nord un industriel fera facilement un mariage honorable et riche, dans le Midi, les professions libérales flattant davantage l'amour-propre, le médecin sera entouré de plus de considération et sera, toutes choses égales d'ailleurs, préféré à un manufacturier.— Cette explication, quoique triviale, est parfaitement exacte, et il n'est personne qui, ayant visité le Nord et le Midi, en conteste la vérité. L'Ardèche a 88 docteurs et 14 officiers de santé; l'Aude 113 docteurs et 75 officiers de santé; les Bouches-du-Rhône, 218 docteurs et 121 officiers de santé; la Drôme, 82 docteurs et 34 officiers de santé; le Gard, 179 docteurs et 97 officiers de santé; la Gironde, 272 docteurs et 182 officiers de santé; l'Hérault, 251 docteurs et 107 officiers de santé; le Lot-et-Garonne, 143 docteurs et 87 officiers de santé; le Tarn, 150 docteurs et 53 officiers de santé; le Var, 162 docteurs et 105 officiers de santé; Vaucluse, 125 docteurs et 93 officiers de santé, etc.

La Corse fait une exception remarquable à cette règle; sur 52 docteurs, elle compte 221 officiers de santé. Cette énorme différence se comprend sans peine, si l'on songe aux mœurs de ce département et à son éloignement de tout centre d'instruction.

A côté des départements riches soit par l'industrie, soit par l'agriculture, viennent se placer les départements pauvres ou montagneux. Il semblerait, au premier abord, que le nombre des officiers de santé dût l'emporter sur celui des docteurs, si l'on n'avait égard qu'à la différence des désirs et des besoins qui doit naturellement exister entre le docteur et l'officier de santé; pourtant il n'en est rien, et c'est le contraire qui se présente. — Les Hautes-Alpes ont 20 docteurs et 11 officiers de santé; l'Aveyron, 77 docteurs et 17 officiers de santé; le Cantal, 122 docteurs et 15 officiers de santé; l'Isère, 146 docteurs et 36 officiers de santé; le Jura, 100 docteurs et 56 officiers de santé; le Puy-de-Dôme, 163 docteurs et 60 officiers de santé; les Vosges, 91 docteurs et 24 officiers de santé. Les Landes font seules exception à cette règle; sur 84 docteurs, elles comptent 164 officiers de santé. Nous n'avons pu expliquer l'état de ce département.

En ce qui regarde la supériorité numérique des docteurs sur le chiffre des officiers de santé dans les départements pauvres ou montagneux, on peut dire que ces départements où la population est partagée en deux classes bien tranchées, l'une ayant de l'aisance et l'autre croupissant dans la plus affreuse misère, la première seule peut embrasser les professions libérales, et par cela même qu'elle possède quelque fortune, acquérir le titre de docteur. Aussi, dans ces contrées où l'art médical serait insuffisant aux besoins du médecin, celui-ci est à coup sûr propriétaire, et les ressources de cette fortune, presque toujours paternelle, s'ajoutant aux produits de la pratique médicale, continuent l'aisance qui permettra au médecin de léguer à son fils le titre de docteur; c'est ce qui arrive en effet dans ces départements où l'on trouve à chaque pas le père, l'enfant, et souvent les enfants, exerçant la médecine dans des rayons peu éloignés les uns des autres.

En résumé : 1° Les contrées méridionales de la France possèdent un plus grand nombre de praticiens que les contrées septentrionales.

2° Les départements agricoles jouissent aussi de cette supériorité numérique sur les départements industriels.

3° Les départements industriels comptent plus d'officiers de santé que de docteurs en médecine.

4° Le contraire a lieu pour les départements agricoles.

5° Les contrées méridionales suivent la loi des départements agricoles.

6° Les départements pauvres ou montagneux, obéissant, en ce qui concerne le nombre des praticiens (docteurs et officiers de santé), aux lois que nous avons établies touchant la position topographique des départements, possèdent plus de docteurs que d'officiers de santé.

L'exercice de la pharmacie ne présentant aucun caractère spécial et n'ayant pu, malgré nos soins, être divisé en deux catégories, ainsi que nous l'avons fait pour les médecins, nous ne pouvons que déplorer leur infériorité numériquement proportionnelle à la population.

Le concours pour la chaire de pathologie et de thérapeutique générales, vacante à la Faculté de Montpellier, vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Jaumes. — L'analyse que nous avons récemment publiée des ouvrages de pharmacologie générale et spéciale de ce savant confrère doit prouver que leur auteur saura dignement remplir le haut enseignement qui vient de lui être confié.

Notre honorable confrère, M. Danyau, vient d'être nommé membre de l'Académie de médecine, dans la section d'accouchement, par 68 suffrages, contre 17 donnés à M. Caseaux, 6 à M. Chailly-Honoré, et 3 àM. Depaul.

Un des Nestors de l'Académie, M. Capuron, que son grand âge n'empêchait point de prendre une part active à ses travaux, vient de succomber à une courte maladie. Il laisse une rente perpétuelle de mille francs, destinée à fonder un prix, dont l'Académie déterminera elle-même le sujet et fixera les termes. C'est là une heureuse innovation, qui relève le mérite de ce legs.

M. Ducrotay de Blainville, successeur de Georges Cuvier dans la chaire d'anatomie comparée, au Muséum d'histoire naturel, et M. Gay-Lussac, professeur à la Faculté des sciences, tous deux associés nationaux de l'Académie de médecine, viennent également de succomber, à quelques jours d'intervalle.

Le Conseil d'État vient de statuer sur les dons faits par M. d'Aligre à l'hospice Saint-Léger, de Bourbon-Lancy, à la ville et à la commune de Saint-Aubin. Tous ces dons, montant à la somme énorme de 2 à 3 millions pour l'hospice, de 100 mille francs pour la ville de Bourbon, ont été approuvés et autorisés, et les ayants droit ont pris possession de ce magnifique héritage. D'immenses travaux doivent être entrepris pour la reconstruction des bains et de l'hospice Saint-Léger.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DU SOUS-NITRATE DE BISMUTH A HAUTES DOSES,

Par M. MONNERET, agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Bon-Secours

J'ai fait connaître, il y a plus d'une année, les effets thérapeutiques du sous-nitrate de bismuth, administré à de hautes doses; j'ai indiqué les services immenses que m'avait rendus ce médicament dans un grand nombre de maladies, et cependant beaucoup de praticiens craintifs le prescrivent presque en tremblant. Aussi n'obtiennent-ils que des effets nuls, minimes ou si variables, qu'ils ne peuvent pas compter sur la médication dont il fait la base essentielle. Je crois donc être utile à vos lecteurs, tous praticiens habiles et désireux de connaître la vérité, en mettant sous leurs yeux le résultat des nouvelles investigations dont le sous-nitrate n'a cessé d'être pour moi le sujet. Je ne parlerai que de ce que j'ai observé moi-même, quoique les communications qui m'ont été faites par un grand nombre de médecins de Paris ou des départements puissent me fournir des preuves surabondantes de l'efficacité du médicament dans les maladies que j'ai spécialement signalées à leur attention.

Je commence d'abord par déclarer que je n'ai pas observé un seul effet nuisible ou même désagréable à la suite de l'administration du médicament, et certes je l'ai donné dans des conditions morbides où il n'est pas un seul remède qui ne puisse provoquer, de temps à autre, quelques phénomènes pénibles pour le malade. C'est ainsi que je l'ai fait prendre, à la dose de 10 à 30 grammes par jour, à des enfants âgés de deux mois à deux ans, atteints de diarrhée simple, de gastro-entérite chronique, de colite simple ou ulcéreuse, à des adultes affectés de cancer gastrique, de vomissements nerveux, de gastralgie très-douloureuse, etc.; à de pauvres phthisiques parvenus à leur dernier terme, qui ne peuvent plus digérer, et que des diarrhées incoercibles conduisent rapidement à la mort; en un mot, dans des affections où la membrane muqueuse semblait, *à priori*, ne pouvoir accepter le contact de cette poudre grossière; et cependant elle n'a produit aucun phénomène nuisible; bien plus, elle a constamment soulagé, sinon guéri les affections curables, ce que je prouverai plus loin.

Il m'importait d'abord d'établir cette parfaite innocuité du sous-nitrate, afin de dissiper les scrupules, fort respectables sans doute, mais nullement fondés, de quelques médecins qui craignent de produire des nausées, des vomissements, des pesanteurs épigastriques, des coliques

même. Je ne sais pas sur quels faits ils fondent cette opinion ; mais, pour ma part, je n'ai jamais rien vu de semblable. Je suis même convaincu que s'ils ont été témoins de symptômes de ce genre, ils tenaient à la maladie même, et n'auraient pas tardé à se dissiper, si le médicament eût été pris à hautes doses, et d'après les règles que je tracerai plus loin.

L'action d'un médicament dépend des doses auxquelles on le prescrit, dans chaque cas particulier ; or, cette proposition est surtout applicable au sel de bismuth. Si ces doses sont faibles, les effets sont nuls ou si contestables qu'on a douté pendant longtemps qu'il pût rendre de grands services. On l'associait presque toujours à d'autres médicaments, ce qui rendait encore plus difficile l'étude de ses propriétés thérapeutiques. Je n'hésite pas à dire que si le praticien ne veut pas se décider, malgré les assurances les plus formelles, à faire prendre de hautes doses du sous-nitrate, il n'en retirera que de faibles avantages, et il est facile d'en comprendre la raison. Je ne l'ai jamais donné que pour combattre des maladies ou des phénomènes morbides, qui avaient leur siége dans le tube digestif ; c'est donc uniquement par une action toute locale, toute topique, qu'il peut amener la guérison. Or, si vous ne le donnez pas en quantité assez grande pour qu'il puisse recouvrir toutes les surfaces malades, les atteindre si elles sont placées vers la partie déclive de l'intestin, et y séjourner un temps suffisant, vous n'obtiendrez rien ou presque rien de l'emploi du sous-nitrate. J'ignore comment il agit, il m'importe peu de le savoir, et je ne veux pas risquer quelques explications; mais je ne puis me défendre de l'idée qu'il protége l'épithélium et les villosités, qu'il modifie les sécrétions muqueuses, et en neutralise peut-être les produits.

On commence de prime abord par 10 grammes les premier, second et troisième jours. Les suivants on augmente de 10 grammes, de manière à en donner bientôt de 30 à 50 grammes par jour. Cette dose m'a paru suffisante ; la surface muqueuse en retient une quantité assez grande pour compenser la perte quotidienne qui s'effectue par les garderobes. Cependant si les symptômes de la maladie que l'on combat ne sont nullement améliorés, on doit porter les doses à 60 et 70 grammes, que je n'ai jamais dépassées. Lorsque le ventre se serre et que la constipation devient opiniâtre, ce qui arrive souvent, on combat ce symptôme, ou l'on diminue la quantité du sous-nitrate. Il n'y a d'ailleurs aucun inconvénient à le continuer encore pendant quelques jours, pour assurer la guérison. J'ai remarqué que, dans presque tous les cas, il m'a fallu élever assez rapidement les doses, pour obtenir les effets que j'en attendais ; toutefois 10 ou 20 grammes suffisent pour

produire une amélioration extrêmement marquée, et même pour que les malades se disent guéris et soient tentés, ainsi que le médecin, de diminuer les doses, ou de suspendre l'administration du médicament. On exposerait le malade à une rechute si on ne continuait pas le sel de bismuth.

Pour peu que les malades mangent du potage ou de la soupe, je fais mêler la poudre de bismuth avec la première cuillerée. A plus forte raison doivent-ils prendre le médicament au commencement du repas, si le but que l'on se propose d'atteindre est de rétablir les fonctions digestives, comme dans la gastralgie et les diarrhées chroniques. Le sous-nitrate s'amalgame très-bien avec les aliments, n'excite aucune répugnance et peut être pris de cette façon à des doses plus élevées encore. Je conseille aussi de le donner en grande quantité, quand il s'agit d'arrêter la diarrhée ou de combattre quelque maladie chronique du gros intestin. Il réussit moins bien quand on l'associe aux préparations lactées. Cependant si les malades ne peuvent plus digérer d'autres aliments, ou si les potages gras ne sont pas supportés, on ne doit pas hésiter à faire prendre le bismuth dans la première cuillerée de lait ; plus tard, lorsqu'on a amélioré ou rétabli les fonctions gastriques, on change l'alimentation. Du reste, cette amélioration est souvent assez rapide pour qu'après cinq à six jours au plus de l'administration du bismuth, les malades qui ne mangeaient que du lait ou des bouillons gras depuis plusieurs mois, puissent digérer des viandes et des légumes, et passer même à une nourriture très-substantielle.

Je recommande aussi à quelques malades de prendre le sous-nitrate en quatre doses, deux heures avant les repas et dans la première cuillerée de potage, comme je l'ai indiqué précédemment. Les premières doses ont pour effet de préparer l'estomac à recevoir le contact des aliments, et probablement à diminuer, neutraliser, modifier en un mot d'une façon quelconque les sécrétions qui s'effectuent sous l'empire de la maladie. Quelquefois enfin il est utile, après les repas, de donner dans une cuillerée d'eau sucrée le sel de bismuth, pour mettre fin à certaines sécrétions gazeuses gastro-intestinales, ou à des douleurs épigastriques qui tourmentent les malades. Je ferai seulement remarquer qu'il est préférable d'augmenter, en pareil cas, les doses que l'on prescrit au commencement du repas. Les phénomènes pathologiques dont il vient d'être question donnent à penser que les doses ne sont pas assez considérables. Je suis convaincu que tous les praticiens qui emploieront ce remède seront pendant longtemps enclins à rester en deçà des doses indiquées plutôt qu'à les dépasser. La crainte de donner un médicament nuisible les arrête et les empêche ainsi d'obtenir des effets proportionnés aux doses.

Le sous-nitrate ne détermine ni soif, ni nausées, ni vomissements, ni coliques, ni douleurs de ventre. Loin de troubler l'appétit, il l'excite, le régularise, le rend moins capricieux et dissipe les tiraillements gastriques et toutes les pénibles sensations dont l'épigastre est le siége. Il amène de la constipation ; les selles sont noires, et il faut en prévenir les malades, afin qu'ils ne s'effrayent pas. Je ne l'ai jamais vu agir que localement sur les surfaces avec lesquelles il entre en contact. Si l'on observe quelques changements dans la circulation, l'état des forces et du système nerveux, il faut s'en prendre à l'amélioration générale qui s'est produite sous l'influence de la médication topique.

Chez les enfants nouveau-nés, et jusqu'à l'âge de deux ans, j'obtiens tous les jours les effets les plus remarquables de l'emploi du sous-nitrate. Je le donne aussi à de petits êtres chétifs, qui sont en proie à une diarrhée que provoque le lait appauvri et aqueux de leur mère malade elle-même ou misérable, et qui ne peut s'expliquer ni par la dentition, ni par une affection de la membrane interne de l'intestin. Je l'administre à des enfants rachitiques, ou en proie à des diarrhées que l'ulcération simple ou tuberculeuse entretient, à des enfants qui offrent tous les signes d'un ramollissement chronique du gros intestin ; chez tous la diarrhée se modère, et les selles, réduites des deux tiers, chez un très-grand nombre, s'arrêtent complétement. On peut alors commencer à nourrir les sujets, et ils supportent assez bien soit le lait de leur mère, soit quelques bouillons ou potages clairs. Si on donne le médicament avec soin et intelligence, il est pris aisément et sans que les petits malades s'en doutent. Il est, comme on le sait, privé de toute espèce de saveur. Lorsque la diarrhée est le résultat du travail de la dentition, d'une sécrétion muqueuse ou d'une phlegmasie peu intense et peu étendue, la guérison est la règle et marche avec une assez grande promptitude. Dans les cas, au contraire, où il existe des vomissements et tous les signes d'une gastro-entérite, ou d'un ramollissement gastrique, les symptômes, d'abord amendés ou suspendus, même pendant un assez grand nombre de jours, reparaissent. Cependant je possède plusieurs observations de guérison survenue chez des nouveau-nés qui avaient des vomissements et une diarrhée opiniâtres depuis cinq ou six semaines.

Je crois, pour ma part, que le contact du sel de bismuth avec la membrane muqueuse altérée, soit ramollie, soit ulcérée ou enflammée, loin d'être nuisible et d'accroître les phénomènes pathologiques, les atténue et les modifie d'une façon heureuse. Je pourrais citer à l'appui de cette opinion un grand nombre d'observations particulières ; je ferai seulement remarquer que dans des dyssenteries très-aiguës et doulou-

reuses, que j'ai combattues par 60 à 70 grammes de sous-nitrate, j'ai enrayé, à l'instant même, les accidents inflammatoires et pénibles; que dans la gastralgie, l'éréthisme du système nerveux de l'estomac a disparu par le contact du médicament; que dans le cancer gastrique avec vomissement, j'ai fait cesser ce symptôme et l'indigestion, par le même remède. Je répéterai ici ce que j'ai déjà dit ailleurs : le sous-nitrate, inattaquable par l'estomac et réfractaire aux liqueurs gastriques, s'interpose entre l'aliment et la membrane interne, et favorise le travail digestif en le modérant.

Je donne tous les jours, avec le plus grand succès, le sous-nitrate à des malades dont je suis fort en peine de dénommer et de caractériser l'affection. Ils digèrent avec douleur les aliments les plus légers comme les plus nourrissants; après le repas, ils ont de la chaleur, de la gêne, de la douleur à l'estomac; le viscère se remplit de gaz; il y a anorexie, et l'amaigrissement ne tarde pas à se manifester. Le médicament, pris à forte dose pendant les repas, rétablit les fonctions gastriques, souvent même en peu de jours. J'ai remarqué que la guérison était durable et définitive chez la plupart des malades; mais que chez d'autres, après plusieurs rétablissements successifs, obtenus par le sel de bismuth, il n'agissait plus que pour un temps assez court, et bientôt je voyais paraître, à n'en plus douter, les signes les plus certains d'une maladie organique de l'estomac.

Il peut même rendre de grands services dans cette dernière affection, lorsque les malades ne peuvent plus digérer sans grandes douleurs et qu'ils ont perdu l'appétit. J'ai observé des malades qui offraient ces symptômes depuis cinq à six mois, et qui, sans avoir de tumeur gastrique, paraissaient être atteints de dégénérescence organique, recommencer à digérer du pain et de la viande, et reprendre de la force et un certain embonpoint. Comme il est difficile de suivre longtemps ces malades, je n'oserai dire que la guérison s'est soutenue; il y a eu amendement, c'est tout ce que j'ai voulu établir.

La maladie dans laquelle le sous-nitrate obtient le succès le plus constant et le plus rapide est la gastralgie simple ou chlorotique. Que de fois j'ai vu des femmes épuisées par leur grossesse récente, par des couches pénibles, ou par un long allaitement, et qui ne pouvaient plus digérer sans violentes douleurs, reprendre, au bout de trois à quatre jours, des aliments solides, et retrouver les forces qu'elles avaient perdues! J'ai constaté les mêmes effets chez des malades en proie à des leucorrhées chroniques et à des cancers utérins, récents ou incurables. Enfin, je n'hésite pas à combattre par le sel de bismuth les troubles de la digestion dans toutes les maladies dont elles ne sont que le symptôme, ou

dont elles constituent une complication plus ou moins grave. C'est ainsi que je donne ce médicament aux phthisiques qui sont tourmentés par des diarrhées si fréquentes et si rebelles ou par des vomissements. On sait que la terminaison fatale est singulièrement accélérée par les lésions dont l'intestin est le siége. Je ne connais pas de médicament plus facile à manier, en pareille occurrence, que le sous-nitrate de bismuth. La sœur hospitalière, chargée de la surveillance de mon service d'hôpital, le donne à tous les phthisiques, dès qu'ils se plaignent de diarrhée, de coliques, de borborygmes et de troubles de la digestion. De cette manière, on arrête le développement de la diarrhée ; on peut continuer à nourrir les malades, et on les fait vivre très-longtemps. J'en ai même vu un grand nombre arriver dans un état tel qu'ils semblaient parvenus au dernier terme de leur existence, et qui ont repris des forces et vécu encore plusieurs mois.

Les gastralgies hystériques et hypocondriaques sont très-rapidement amendées par l'emploi du sous-nitrate. Il en est de même de ces troubles digestifs que j'ai observés fréquemment, depuis plusieurs mois, chez nos malheureux compatriotes qui sont revenus d'Afrique avec des fièvres intermittentes chroniques. Toutes les dyspepsies dans lesquelles on trouve ces perversions si singulières de l'appétit et des phénomènes douloureux d'une violence extrême, cèdent assez promptement aux premières doses de bismuth ; mais elles reparaissent avec la même facilité, et l'on est contraint d'en continuer longtemps l'usage si l'on veut mettre le malade à l'abri d'une rechute.

Dans toutes les maladies précédentes, j'ai eu soin d'administrer seul le sel de bismuth, et d'exclure tout autre médicament qui aurait pu intervenir dans la production des effets que je voulais étudier. C'est donc, en définitive, le sous-nitrate qui a fait tous les frais des guérisons que j'ai rapportées. Toutefois, pour les obtenir, il faut savoir donner le médicament à haute dose et en se conformant aux règles, d'ailleurs fort simples, que j'ai précédemment tracées.

Mon cher confrère, si vous croyez ma communication utile aux praticiens, et par conséquent aux lecteurs habituels de votre excellent recueil, vous lui accorderez une place parmi les nombreux documents que renferme le *Bulletin de thérapeutique*. MONNERET.

EMPLOI MÉDICAL DE L'ARSENIC, PARTICULIÈREMENT DANS LES MALADIES DE LA PEAU ET LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

Par le docteur GIBERT, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Troisième article) (1).

L'arsenic, ainsi que déjà nous avons eu occasion de le dire, a surtout été administré comme remède dans trois classes de maladies, les fièvres intermittentes, le cancer et les *maladies de la peau*. Notre expérience personnelle s'est surtout exercée sur cette dernière classe ; toutefois, nous les passerons toutes trois successivement en revue.

I. *Fièvres intermittentes.* — Quelques médecins n'ont pas craint d'affirmer que l'arsenic devait être préféré au quinquina à haute dose dans le traitement des fièvres ; les autres se sont bornés à le proposer comme succédané du quinquina, quand celui-ci vient à manquer, ou que son prix devient trop élevé, ou bien encore lorsqu'il a échoué. Nous avons cité, dans nos précédents articles, les principaux essais tentés dans cette voie depuis près de cent cinquante ans, mais plus particulièrement depuis soixante-dix ou quatre-vingts ans. L'arsénite de soude et l'arséniate de potasse en solution, tels sont les remèdes antipériodiques le plus généralement adoptés par les médecins du dix-neuvième siècle.

Cependant, les succès proclamés par Fowler, Pearson, Brera, Fodéré, Harles, n'ayant pu réussir à introduire définitivement dans la thérapeutique vulgaire la médication arsenicale..., principalement, sans doute, à cause des inconvénients graves attachés à l'administration quotidienne des liqueurs si actives et si facilement vénéneuses de *Pearson* et de *Fowler*, il était naturel de chercher à substituer à celles-ci une préparation plus innocente et d'une administration plus commode (2).

Cette heureuse innovation a été tentée avec succès par un médecin militaire, M. le docteur Boudin, qui publia, en 1842, les résultats de sa pratique dans les contrées où règnent, à l'état endémique, les fièvres intermittentes et pernicieuses (3). Suivant l'auteur, ce

(1) Voir les numéros des 15 mars et 15 avril 1850, pag. 19 et 289.

(2) La solution de Pearson contient 5 centigrammes d'arsénite de soude pour 30 grammes d'eau distillée, et celle de Fowler, 30 centigrammes d'arsénite de potasse pour la même quantité d'excipient, ce qui est énorme.

(3) Traité des fièvres des pays chauds; suivi de Recherches sur l'emploi thérapeutique des préparations arsenicales, par le docteur Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Marseille.

n'est pas seulement contre les affections intermittentes que cette médication est efficace (plus efficace même, selon lui, que le sulfate de quinine); mais elle est encore opposée avec avantage aux accidents continus qui se produisent aussi sous l'influence de l'intoxication paludéenne.

Dans les maladies chroniques, les préparations arsenicales peuvent être prises à toute heure de la journée. Dans les fièvres marécageuses *continues,* on les administre le plus promptement possible et sans attendre une apyrexie, que le médicament est nécessairement appelé à provoquer.

Dans les fièvres intermittentes et rémittentes, dans les névralgies périodiques, le moment d'élection pour l'administration du remède est celui qui précède d'environ trois, cinq ou six heures le paroxysme.

Dans les fièvres à accès éloignés (type tierce, quarte, quintane), on s'abstient, durant les jours d'apyrexie, pour ne donner le médicament que quelques heures avant le paroxysme. Quelquefois, une seule prise suffit pour couper une fièvre rebelle. Si, au contraire, il n'y a qu'une atténuation de l'accès, et, à plus forte raison, s'il n'y a aucun effet produit, on recommence la dose deux et trois fois. Mais si alors le remède échoue, on l'abandonne pour recourir au sulfate de quinine. Toutefois, les fièvres intermittentes anciennes et rebelles nécessitent la continuation du médicament à intervalles en harmonie avec le retour présumable des accès. Dans les maladies chroniques, l'auteur ne craint pas non plus de continuer le remède pendant un laps de temps suffisant.

Cette nécessité de *continuer* l'administration des préparations arsenicales est d'ailleurs, dans la méthode du docteur Boudin, comme dans toutes les autres, le principal écueil de la médication, puisque ce n'est guère que dans ce cas que l'on est exposé à voir survenir des accidents d'intoxication. Mais ces accidents sont toujours beaucoup moins à redouter dans une méthode où la formule adoptée pour la composition de la liqueur arsenicale offre l'acide arsénieux étendu dans une grande quantité d'eau.

Voici cette formule, telle que nous l'avons adoptée dans nos expérimentations cliniques de l'hôpital, comme dans notre pratique de la ville :

Pr. — Eau distillée.................. 500 grammes.
Acide arsénieux................ 5 centigramm.

pour cinq doses, une seule par jour.

Il faut noter que l'acide arsénieux étant très-peu soluble, quelques pharmaciens ont le tort d'ajouter à l'eau un peu de bicarbonate d

soude alcalin, ce qui dénature le médicament. Nous prescrivons, nous, la dissolution opérée complétement dans l'eau distillée, à l'aide d'un ballon chauffé à la lampe, et nous faisons étiqueter la fiole d'une échelle de cinq ou de six degrés, suivant que nous voulons administrer une dose ou une demi-dose par jour, ou bien encore la dose en deux prises, une le matin, une le soir. Au moment de la prendre, le malade mêle cette dose à une certaine quantité de sirop de gomme. Le mieux encore est de faire partager la totalité en cinq fioles contenant chacune un centigramme d'acide arsénieux.

Dans les fièvres intermittentes, comme le malade n'a qu'une ou deux, ou trois, au plus, de ces doses à prendre, on peut, comme le prescrit M. Boudin, administrer la dose d'un cinquième, c'est-à-dire cent grammes d'eau distillée tenant en dissolution un centigramme d'acide arsénieux. Et il est bien digne de remarque que cette dose considérable, grâce à la quantité d'eau dans laquelle elle est étendue, est toujours innocente, tandis que souvent, avec la solution de *Fowler,* où l'arsenic est en solution beaucoup plus concentrée, on ne peut pas même en administrer impunément la moitié chez beaucoup de sujets; surtout si, comme le faisait Biett, on néglige d'étendre dans un excipient aqueux la dose de liqueur de Fowler. Mais dans les affections chroniques, et notamment dans les *maladies de la peau,* où il faut continuer longtemps l'administration du remède, il vaut mieux ne donner que la moitié de la dose. Néanmoins, comme j'aurai soin de le dire un peu plus loin, il est beaucoup de sujets qui prennent durant plusieurs semaines, et même durant plusieurs mois, sans éprouver d'accidents, un centigramme d'acide arsénieux ainsi étendu dans cent grammes d'eau distillée, tous les jours, soit en une seule prise le matin à jeun, soit en deux prises, une le matin, une le soir.

Trois ans après la publication de son livre, M. le docteur Boudin, devenu alors médecin de l'hôpital militaire de Versailles, fut amené à produire de nouveaux arguments à l'appui de sa thérapeutique, à l'occasion d'une discussion qui s'engagea à l'Académie de médecine sur le traitement des fièvres intermittentes par l'arsenic.

M. Mérat résume cette argumentation de la manière suivante, dans le volume supplémentaire récemment paru de son Dictionnaire (1).

« M. le docteur Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Versailles s'est fait, dans ces derniers temps, le défenseur de l'emploi de l'arsenic contre les fièvres intermittentes. M. le docteur Bally ayant

(1) Dictionnaire universel de matière médicale et de thérapeutique générale, de MM. Mérat et Delens. Supplément au tome VII, par F.V. Mérat, Paris, 1846. (Article *Arsenic,* page 65.)

combattu, d'après sa propre expérience, dans la séance du 19 août 1845, à l'Académie de médecine, la prétendue efficacité de l'arsenic dans ces maladies (inefficacité appuyée en outre par M. Rochoux, et combattue par M. Guéneau de Mussy (1)), M. Boudin écrivit, à la séance suivante, à cette compagnie, qu'après s'être soumis lui-même pendant longtemps à l'usage des préparations arsenicales, et s'être pleinement convaincu de leur innocuité à dose thérapeutique, et avec la seule observation des précautions ordinaires dont on entoure maintenant le maniement de tous les médicaments héroïques, il les avait administrées, depuis 1840, à deux mille neuf cent quarante-sept malades, *et qu'il n'avait pas constaté une seule fois l'accident le plus léger imputable à ce médicament.*

« Le plus grand nombre de ses malades soumis au traitement arsenical étaient atteints de fièvres intermittentes ou rémittentes ; plus de deux mille avaient été traités antérieurement de une à dix fois par la quinine. Plus de cinq cents avaient dû prendre vainement et pendant plusieurs jours de la quinine avant de lui être adressés.

« Ces malades n'ont été l'objet d'aucun triage préalable ; tous indistinctement, et pendant des années entières, ont été soumis par centaines au traitement arsenical et avec un résultat tel, qu'il est arrivé à M. Boudin de rester souvent plus d'un an sans avoir à recourir à l'emploi de la quinine. Il n'a fait choix d'aucun âge, d'aucune saison; seulement il a reconnu, pendant plusieurs étés, la nécessité d'augmenter la dose moyenne d'arsenic. Il a donné ce métal à des malades venant du Sénégal, de l'Algérie, de la Corse, de l'Italie, de la Syrie, etc. Pendant les cinq années qu'ont duré ces essais, ses succès ont été publiés dans tous les pays, et les médecins de tous ces pays ont répété sa méthode. Le traitement a été en général court, les récidives peu fréquentes ; ce qu'il attribue à ce qu'il continue le traitement pendant huit à dix jours à très-faible dose, après la cessation de la fièvre... Quant à ceux qui objectent à l'emploi de l'arsenic ses qualités vénéneuses, M. Boudin leur répète ce que disait Paracelse il y a trois cents ans : *c'est précisément parce que c'est un poison qu'il guérit.*

(1) M. Guéneau de Mussy rapporta dans cette séance, à l'appui de l'efficacité de l'arsenic, un exemple de guérison de fièvre quotidienne observée dans son service de l'Hôtel-Dieu. Le sulfate de quinine avait échoué : il suffit d'une dose de 40 grammes de liqueur arsenicale (contenant seulement 4 milligrammes d'acide arsénieux) pour guérir en quatre jours la malade à laquelle on n'avait administré d'abord que 10 grammes de la même solution. (Voir le Bulletin de l'Académie de médecine, tome X, 1845). Nous croyons savoir que dans quelques autres cas ultérieurs, le même remède a échoué dans le service du même médecin.

N'en déplaise à Paracelse et à M. Boudin, il y a un assez grand nombre de remèdes qui guérissent sans être vénéneux, surtout au degré redoutable qu'offre l'acide arsénieux, pour que cette *qualité* de poison reste pour nous un grave sujet de répugnance. Aussi n'hésitons-nous pas à préférer en général le sulfate de quinine à l'acide arsénieux, quel que soit le désavantage qu'offre le premier produit sous le rapport économique.

Mais, d'un autre côté, nous n'hésitons pas davantage à recourir à la liqueur arsenicale du docteur Boudin, dans les cas rares et exceptionnels où le sulfate de quinine échoue.

Ajoutons que dans toute statistique où l'on aurait en vue d'établir sur des chiffres la prééminence de l'arsenic, il faut toujours se tenir en garde contre les cas où la guérison a lieu, non pas par l'effet du remède employé, mais seulement *pendant qu'on l'emploie.*

Qui ne sait que pour les fièvres intermittentes en particulier, surtout dans nos hôpitaux de Paris, ou même dans la pratique de la ville, on voit la maladie guérir sous la seule influence de conditions hygiéniques favorables?

Ne cite-t-on pas, à l'occasion d'expérimentations cliniques faites sur la poudre de feuille de houx, sur la salicine et autres prétendus fébrifuges, le soin préliminaire que prit fort judicieusement le médecin d'un grand hôpital de Paris, de soumettre d'abord à l'expectation pure et simple un certain nombre de fiévreux? Or, sur vingt sujets atteints de fièvre intermittente, on en vit ainsi guérir *dix-huit!*

Quoi qu'il en soit, un médecin hollandais a publié récemment dans les Annales de la Société de médecine d'Anvers (1848), une statistique nouvelle en l'honneur de la médication arsenicale ; en voici les principaux résultats :

La formule de la liqueur employée consistait en une once d'eau, contenant en solution un huitième de grain d'acide arsénieux et administrée par cuillerées à café, toutes les trois heures.

Chez quarante-huit sujets, deux doses ont suffi pour couper la fièvre. Chez douze, il a fallu donner de demi à trois quarts de grain. Quatre autres ont pris de un grain à un grain et un quart. Un autre, en quatre semaines, a pris deux grains un huitième. Huit cas ont été réfractaires : en tout, soixante-treize malades traités, sur lesquels dix-sept récidives, dont une seule a nécessité le sulfate de quinine.

D'après tout ce que nous venons de dire, et en faisant la part des cas où la fièvre a pu disparaître pendant l'administration de la liqueur arsenicale, sans qu'il faille rapporter à celle-ci les honneurs de la guérison, on ne saurait se refuser à admettre la propriété fébrifuge de cette

liqueur, en même temps qu'à reconnaître son innocuité lorsque la prudence et la méthode président à son administration.

Dans une lecture, faite en 1849, à l'Académie de médecine, M. le docteur Boudin, tout en maintenant la plupart de ses assertions antérieures, a présenté quelques modifications à sa méthode : nous ne les jugeons point assez importantes pour les mentionner ici.

Les lecteurs de ce journal ont eu récemment sous les yeux les observations de M. le docteur Mazade, qui dit avoir employé aussi avec succès la liqueur arsenicale comme antipériodique.

D'autre part, quelques nouveaux essais tentés à notre prière, à Paris, n'ont donné que des résultats insignifiants, et un médecin de nos amis, qui pratique depuis longues années dans une contrée où règnent habituellement les fièvres intermittentes (M. le docteur Pellieux, de Beaugency, membre correspondant de l'Académie), nous a écrit qu'il avait depuis longtemps renoncé aux préparations arsenicales..., ajoutant que l'efficacité du sulfate de quinine était tellement populaire dans les campagnes du voisinage, que difficilement obtiendrait-on des malades l'essai d'une autre médication.

Reste toutefois la question d'économie, question fort importante assurément et sur laquelle nous comprenons très-bien que M. Boudin insiste avec tant de force, tant dans l'intérêt de l'administration que dans celui du public.

Un nouveau témoignage en faveur du traitement arsenical vient d'ailleurs d'être rendu tout récemment par un médecin de Nancy, M. le docteur *Néret*, dans un rapport fait à la Société de médecine de cette ville, pour 1847, sur le service dont il est chargé à l'hôpital Saint-Charles. Pendant le cours de cette année, M. Néret, a eu à traiter 91 sujets atteints de fièvre intermittente (68 hommes et 23 femmes); 28 de ces fièvres ont affecté le type quotidien, 60 le type tierce, et 3 ont été erratiques.

La fréquence de ces affections d'une part, de l'autre, la cherté toujours croissante des préparations de quinquina (dit le Rapport) ont attiré de nouveau l'attention des praticiens sur les succédanés de cette précieuse écorce. De toutes les substances proposées, aucune ne semble être plus utile que l'acide arsénieux, récemment remis en honneur par M. le docteur Boudin. M. Néret a expérimenté ce médicament dans son service à l'hôpital Saint-Charles, et vous a fait connaître le résultat de ses observations.

L'activité si grande de cet agent thérapeutique exige que l'on apporte la plus sévère attention dans son mode de préparation ; aussi M. Néret entre-t-il tout d'abord dans quelques détails sur la manière

dont la solution arsenicale est préparée et administrée à Saint-Charles. M. Boudin avait recommandé l'emploi de l'eau distillée comme dissolvant, mais M. Néret a reconnu que notre eau de fontaine pouvait facilement atteindre ce but ; en conséquence, voici sa formule :

Eau de fontaine, 2,000 grammes (2 litres).

Acide arsénieux, 0 gr. 40 centigrammes.

Après avoir opéré la dissolution, on filtre à travers le papier gris pour être sûr qu'aucune partie d'acide n'est restée en suspension. La dose de cette liqueur a été pour les adultes de 150 grammes dans les vingt-quatre heures, administrée en trois fois, le matin, à midi et le soir, ce qui fait en tout 0 gr. 03 centigrammes d'acide arsénieux. Chez les vieillards (de 70 à 80 ans) on a donné de deux à trois doses, tandis qu'une demi-dose à une dose et demie, rarement deux, étaient administrées aux enfants de dix à quatorze ans.

L'efficacité de cette préparation est, suivant notre confrère, aussi grande que celle du sulfate de quinine, puisque, ordinairement, la fièvre cesse du troisième au quatrième jour. Toutefois, l'acide arsénieux n'empêche pas plus les récidives que cette dernière substance ; mais, chose remarquable, les deux médicaments se viennent parfois réciproquement en aide pour amener une guérison définitive.

Non moins que le sulfate de quinine, l'acide arsénieux s'est montré très-efficace contre les engorgements de la rate. Quant à l'œdème et aux autres collections séreuses qui s'observent si souvent à la suite des fièvres d'accès, quelques diurétiques, notamment l'infusion des feuilles de digitale, en ont fait promptement justice.

Comme M. Boudin, l'auteur que nous venons de citer constate l'innocuité de l'acide arsénieux, lorsqu'il est très-étendu d'eau (1).

Une curieuse découverte est venue, depuis quelques années, confirmer encore cette innocuité (peut-être même aussi l'efficacité de l'arsenic), non plus, à la vérité, dans les fièvres d'accès, mais dans diverses maladies chroniques, et notamment dans les *maladies de la peau*.

Je veux parler de la présence de l'arsenic reconnue au nombre des principes actifs d'un assez grand nombre d'eaux minérales.

Un fait qui semblait alors exceptionnel et isolé, signalé dès 1839 à l'Académie des sciences, par un pharmacien militaire, devint, plus tard, à l'Académie de médecine, l'occasion d'une discussion que nous avons analysée plus haut. Ce fait, c'était la présence constatée par l'a-

(1) Voir le Compte-rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy, pendant l'année 1847-48, par le secrétaire général, M. le docteur Grand-Jean. Nancy, 1849.

nalyse chimique d'une certaine quantité d'arsenic dans une source thermale de l'Algérie.

Cette source, d'après le rapport académique, contenait en dissolution, entre autres sels calcaires, de l'arséniate de chaux, en quantité si minime à la vérité, que les habitants pouvaient impunément user habituellement de cette eau pour faire cuire leurs aliments.

L'attention des chimistes s'étant fixée depuis lors sur ce point d'analyse encore ignoré (ainsi que cela s'était vu déjà pour l'iode, pour le brôme, dont l'existence à doses minimes, dans certaines eaux minérales, était restée ignorée parce qu'on ne s'était point avisé de l'y rechercher), l'arsenic fut trouvé dans un assez grand nombre d'eaux thermales, comme le constatent en dernier lieu les travaux de M. Chevallier, de l'Académie de médecine.

Un grand nombre d'eaux ferrugineuses, quelques eaux crayeuses et salines, l'eau de Vichy, l'eau de Bussang, plusieurs sources des bords du Rhin, contiennent des quantités minimes d'arsenic. Ce n'est guère que dans les dépôts formés par les eaux minérales que l'arsenic peut être retrouvé en quantité un peu notable, et l'on s'explique ainsi comment l'usage de ces eaux en boisson n'a donné lieu jusqu'ici à aucun accident d'intoxication.

Mais si la présence de l'acide arsénieux ou d'un sel arsenical très-étendu ne peut donner lieu à de semblables accidents, peut-elle être regardée comme venant en aide à l'action thérapeutique des eaux minérales, surtout de celles qui montrent une certaine efficacité dans le traitement des maladies de la peau, bien que ces eaux ne soient pas sulfureuses? Cette opinion, soutenue aujourd'hui par quelques chimistes, n'a rien d'invraisemblable, et, dans tous les cas, elle tendrait à justifier les assertions de M. le docteur Boudin, qui regarde sa liqueur arsenicale comme douée à la fois et d'innocuité et d'efficacité thérapeutique, et qui la juge préférable à toutes les autres préparations, vu la grande quantité de liquide dans laquelle l'acide arsénieux est étendu. Toutefois, lorsque la dilution de cet acide devient telle qu'on peut, en quelque sorte, l'assimiler aux dilutions *homœopathiques*..., et c'est un peu là, croyons-nous, le cas des eaux minérales dans lesquelles l'analyse chimique a fait découvrir des traces d'arsenic, il n'est pas facile de lui assigner une action thérapeutique quelconque. Assurément, nous ne prétendons pas rabaisser les mérites de la liqueur arsenicale que nous avons adoptée dans nos expériences d'après la formule du docteur Boudin. Toutefois, si l'on étend et affaiblit cette formule, comme le font plusieurs praticiens de nos jours, qui n'osent l'administrer que par cuillerée étendue encore dans un verre d'eau ou même davantage, on

arrive bientôt à des doses qui se rapprochent réellement jusqu'à un certain point de la médication homœopathique, et l'on finit par s'exposer à tomber dans les illusions que cherchent à propager les homœopathes... Comme nous aurons occasion de le dire plus loin, la formule même de M. Boudin ne détermine très-souvent aucun phénomène direct appréciable chez les sujets vigoureux et bien portants, et il n'est pas toujours facile d'en constater les effets dans le traitement des *maladies de la peau*.

Cette formule, d'ailleurs, n'est pas nouvelle ; ce n'est qu'une modification de la liqueur arsenicale proposée à la fin du siècle dernier, comme un remède spécifique contre le cancer, par Lefebvre de Saint-Ildefond. GIBERT.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

REMARQUES SUR LA SÉPARATION DES DOIGTS PALMÉS, ET SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ ANAPLASTIQUE DESTINÉ A PRÉVENIR LA REPRODUCTION DE LA DIFFORMITÉ.

Note lue à l'Académie royale de médecine de Belgique.

Par le docteur A. DIDOT, de Liége, membre titulaire.

Il n'est pas rare de rencontrer des sujets présentant une réunion congénitale ou accidentelle d'un ou de plusieurs doigts de chaque main : les annales de la science en ont enregistré plusieurs exemples, et nous en trouvons surtout un remarquable dans l'histoire de l'Académie des sciences de 1727. Je connais un jeune homme affecté de cette infirmité congénitale aux deux mains, et qui n'a pu être guéri par l'opération, quoiqu'elle ait été pratiquée par l'un des chirurgiens dont la Belgique s'honore à tant de titres : la cicatrisation vicieuse maîtrisa tous les efforts de disjonction, et l'infirmité se reproduisit. Il y a quelques mois, j'ai vu, avec MM. Seutin, Graux et Limauge, un enfant qui avait les deux mains tellement palmées et recoquillées, que c'est à peine si l'on pouvait faire pénétrer le bout de l'indicateur dans la fossette que représentait la paume à l'intérieur de cette main bursiforme. J'ai enfin connu une famille où tous les enfants étaient sex-digitaires et avaient deux ou trois doigts palmés plus ou moins complétement : j'en ai opéré trois avec succès.

Cette réunion congénitale ou accidentelle des doigts se présente sous un double aspect : elle est *intime* et *immédiate*, en sorte que les doigts sont collés les uns aux autres ; ou bien *médiate* et plus ou moins

lâche, selon que les deux expansions cutanées qui se portent d'un doigt à l'autre se prêtent à quelques mouvements élastiques. Du reste, quel que soit le mode de réunion, il en résulte et de la difformité et une grande gêne dans les fonctions confiées aux doigts.

La difformité et la gêne sont marquées surtout lorsque les doigts palmés sont le résultat d'une brûlure, d'une cicatrisation vicieuse, ou d'un accident quelconque. Dans ce cas, le tissu inodulaire qui remplace les téguments se prête mal à une restauration quelconque, et l'on est trop souvent obligé d'abandonner au temps le soin d'améliorer la position du patient.

On remédie à ces inconvénients par une opération bien simple, disent les auteurs ; mais l'expérience a prouvé que cette opération si simple échoue le plus souvent, et que le développement du tissu cicatriciel lutte victorieusement contre tous les efforts que l'on fait pour tenir séparés des organes qu'il finit bientôt par rapprocher de nouveau. Ce fait si remarquable est peu étonnant pour les chirurgiens qui ont constaté la puissance de rétraction et les envahissements du tissu cicatriciel ; néanmoins, il parle assez haut pour nous obliger à modifier en conséquence nos procédés opératoires, et pour nous engager à chercher les moyens d'éviter des résultats aussi fâcheux.

On a conseillé de faire passer un bistouri entre les doigts palmés, d'avant en arrière, ou d'arrière en avant, et de les séparer l'un de l'autre. M. Morel-Lavallée vient de recommander de diviser la double épaisseur de la peau par deux incisions successives, l'une à la face dorsale, l'autre à la face palmaire de la main, afin d'obtenir une séparation plus régulière des deux côtés. Mais cette première opération ne suffit point, et l'on se tromperait étrangement si l'on croyait que l'on peut après elle attendre la guérison. La destruction de la cloison n'est que la moindre partie du traitement, et comme il est d'ordinaire impossible de tenter la réunion immédiate de la double plaie que l'on a produite, il s'ensuit que la cicatrisation se fait longtemps attendre, et que l'on voit les deux côtés de la plaie se réunir de nouveau insensiblement, de la racine vers la pulpe des doigts, si on ne parvient pas à y mettre obstacle. Il est même à remarquer, dit M. Velpeau, que des plaques de charpie, des lames de plomb, des rubans d'emplâtre, des bandages de toute sorte, maintenus comme corps étrangers entre les deux doigts qu'on tient isolés, luttent souvent en vain contre cette tendance à une agglutination nouvelle.

Les récidives étaient si fréquentes, il y a peu de temps encore, que l'on était à peu près convenu de ne plus tenter cette opération, quand Rudtoffer songea à faire précéder la séparation des doigts par l'éta-

blissement d'une ouverture bien organisée à la racine de chacun d'eux. A cet effet, il introduisait à travers la membrane de réunion une aiguille assez forte qu'il faisait suivre par un fil de plomb; les extrémités du fil étaient tordues séparément, et il laissait ce plomb à demeure jusqu'à ce que le trajet qu'il parcourait fût organisé, comme cela a lieu pour les oreilles percées. Lorsque les bords de l'ouverture étaient cicatrisés, il songeait seulement à remplacer le plomb par un bistouri boutonné, et il complétait la division. Zeller et Crimer ont taillé un petit lambeau sur le dos de la main, et l'ont ramené entre les doigts vers la face palmaire pour obtenir un angle solide et non suppurant à la base de la division.

Enfin, M. Velpeau trouva une dernière modification, qui consiste à placer dans la partie la plus reculée de la cloison interdigitale, trois ligatures d'attente, une au milieu, et une de chaque côté, avant de faire agir l'instrument tranchant; il divise ensuite la cloison anormale jusqu'à deux lignes des points traversés par les fils, s'empare successivement de chacun d'eux, et en fait trois points de suture simple.

Toutes ces modifications sont ingénieuses et utiles sans aucun doute; néanmoins, elles ont peu influé sur le résultat ordinaire de l'opération, et l'on a continué à compter bon nombre d'insuccès. Cela vient de ce que, dans la généralité des cas, il y a impossibilité absolue de réunir la plaie immédiatement, et aussi de ce que l'on ne parvient pas à rompre la ligne suppurante dont la continuité favorise si énergiquement les envahissements du tissu cicatriciel. Détruisez cette continuité, remplacez la ligne suppurante par des tissus sains, et la guérison ne se fera pas attendre.

Mon attention s'était plus d'une fois fixée sur ce point de thérapeutique chirurgicale, lorsque je fus consulté par une jeune fille de la campagne qui avait les quatre doigts de la main gauche palmés jusqu'au milieu de la deuxième phalange, et qui désirait vivement être débarrassée de cette infirmité congénitale. Le tissu de la cloison interdigitale était dense et serré au point de rendre les quatre appendices solidaires l'un de l'autre; cependant, cette circonstance n'avait pas empêché la jeune fille de se livrer aux plus rudes travaux, ainsi que l'attestaient les callosités palmaires. Je commençai par conseiller le repos de la partie et de fréquentes immersions dans l'eau chaude, afin de ramollir ces tissus épaissis, et les rendre ainsi plus aptes à contracter de nouvelles adhérences. Au bout de quelques semaines, je pratiquai l'opération de la manière suivante sur l'intervalle qui sépare le petit doigt de l'annulaire, et sur celui qui sépare l'index du médius. Vous verrez tout à l'heure que j'avais intérêt à ménager l'intervalle du mi-

lieu, afin de ne pas affaiblir les tissus que j'allais transplanter.

Sur la face dorsale du petit doigt, et sur la ligne médiane, je pratiquai une incision qui s'étendait de l'extrémité du pli palmé jusque vers le milieu du diamètre longitudinal de la première phalange. De ce point, je fis partir une deuxième incision perpendiculaire à la première, et prolongée jusqu'au côté interne de l'annulaire. Une troisième incision, perpendiculaire encore à la première, partit du sommet de la cloison interdigitale, se rendant aussi vers l'annulaire, et avivant le bord libre de la membrane anormale : de sorte que ces trois incisions représentaient deux angles droits ainsi disposés ⌐¬. Je disséquai ce lambeau, du petit doigt vers l'annulaire, et lui laissai le plus d'épaisseur qu'il me fut possible. Je taillai ensuite un lambeau semblable, mais dans un sens inverse, sur la face palmaire du doigt annulaire. Une incision partant d'une ligne et demie au delà du pli de la première phalange, empiétant par conséquent sur la paume de la main, descendit sur la ligne médiane de ce doigt, et s'arrêta aux confins de la cloison ; deux autres incisions, perpendiculaires à la première, circonscrivirent le lambeau dans des proportions égales à celles du lambeau dorsal, de sorte que je n'eus plus qu'à diviser quelques brides celluleuses pour détruire les rapports qui avaient uni les deux doigts depuis la naissance. Pour compléter l'opération, il me restait à enter les téguments détachés sur les endroits où je voulais les fixer. Je commençai par le doigt annulaire, dont je recouvris tout le côté interne ; mais il s'en fallut de près d'une ligne que j'eusse assez d'étoffe pour combler le vide, surtout au niveau des articulations. Je ne m'arrêtai pas à cette difficulté et fixa le lambeau tel qu'il était avec de petites bandelettes de sparadrap. Je fus plus heureux pour le petit doigt, car les téguments empruntés à la face palmaire de l'annulaire suffirent pour recouvrir toute la plaie. Je les fixai au moyen de trois petites épingles sur lesquelles je nouai un fil double; je n'eus plus à m'occuper que de la commissure interdigitale. Je me contentai d'y passer une petite aiguille armée d'un fil, et pratiquai un seul point de suture, qui suffit pour donner à la commissure une disposition convenable.

Pour l'indicateur et le médius, je procédai différemment, afin de ménager la pulpe du premier de ces doigts. Je fis une première incision sur la ligne médiane de la face palmaire du médius, dans une étendue égale à celle de la cloison anormale. Sur cette première incision, j'en fis tomber perpendiculairement deux autres dirigées jusqu'au bord interne de l'indicateur, et circonscrivis, comme je l'avais fait précédemment, une languette de téguments que je détachai du médius. A la face dorsale de l'indicateur, je taillai un lambeau de pareille dimen-

sion, que je relevai vers le côté externe du médius; puis j'appliquai chaque parcelle de peau sur le doigt auquel elle restait adhérente.

Cette fois encore je me trouvai en défaut, et il resta un ruban d'environ une ligne de largeur qui ne put être recouvert de peau saine. Des bandelettes agglutinatives fixèrent les deux lambeaux, puis je passai deux petits points de suture à l'origine de la commissure, et obtins en cet endroit un affrontement parfait.

Le but que je me proposais était atteint, c'est-à-dire que j'étais parvenu à réunir exactement le pli de la base des doigts, tandis que j'avais brisé complétement la continuité de la ligne de suppuration future. Il me restait, à la vérité, trois plaies longitudinales dans le sens de l'axe des doigts, mais ces plaies n'avaient aucune communication entre elles, et ne pouvaient donner lieu à une nouvelle agglutination de ces organes. Mes prévisions ne furent point trompées, et au bout de quinze à dix-huit jours toutes les solutions de continuité étaient comblées; il ne restait que des cicatrices linéaires, les téguments ayant cédé à l'attraction du tissu inodulaire et contracté des adhérences solides.

Deux mois plus tard, je renouvelai l'opération pour l'intervalle qui sépare le médius de l'annulaire, et fus aussi heureux.

L'opération, telle que je la pratique, présente certaines difficultés qu'il est bon de connaître, afin de ne pas être pris au dépourvu. D'abord, la dissection des téguments empruntés à la face palmaire des doigts est difficile et laborieuse, à cause de la texture même des parties. Il faut donc procéder avec précaution et ne pas trop appauvrir le lambeau. En second lieu, on s'exposerait à faire couler beaucoup de sang si l'on n'avait la précaution de faire comprimer par un aide, les artères radiale et cubitale; pour cela il suffit de confier à une personne intelligente le soin de fixer le poignet. Quand on opère sur la face palmaire, cette personne comprime les deux vaisseaux avec le pouce de chaque main: et quand on opère sur la face dorsale, elle intercepte le sang avec la pulpe des trois premiers doigts appliquée sur le trajet des vaisseaux. Enfin, l'opération est par elle-même très-douloureuse, en raison des parties que l'on divise; il est donc bon de recourir à l'anesthésie chloroformique, avec la prudence que cet agent réclame.

Il se pourrait que dans les premiers temps, la transplantation de peau d'un doigt sur l'autre donnât lieu à quelques erreurs de sensations, ainsi que cela a été remarqué pour certaines opérations autoplastiques; mais je m'expliquerais mal la persistance d'un effet aussi singulier, puisque les nerfs auraient été bien coupés et séparés du tronc par lequel ils communiquent avec le cerveau.

Le procédé opératoire que je viens de décrire conviendra surtout

lorsque la syndactylie sera lâche et médiate, lorsque l'opérateur pourra disposer de lambeaux assez étendus pour recouvrir toute la dénudation digitale, car, alors, la réunion pourra se faire immédiatement et complétement. J'ai réussi dans un cas difficile, où les tissus étaient dense et serrés; d'autres seront sans doute aussi heureux que moi, et ne seront pas arrêtés par la crainte que manifeste M. Velpeau de voir les téguments se gangréner. Ce procédé mérite en outre d'être essayé de nouveau, puisque le même auteur déclare que le manque de téguments sur *tout ce côté* des doigts est une cause d'insuccès contre laquelle il ne connaît rien d'efficace.

A la suite des opérations autoplastiques on emploie souvent les affusions froides, afin de modérer la réaction inflammatoire. Dans le cas qui nous occupe, je les ai négligées, parce que je tenais à ne pas contrarier le mouvement organique qui amène l'exsudation plastique indispensable pour que la restauration des parties et leur agglutination se fasse promptement. Je n'ai eu qu'à m'applaudir de cette conduite, et je crois qu'en pareille circonstance on fera bien d'user sobrement des réfrigérants.

A. Didot.

CHIMIE ET PHARMACIE.

DE L'UTILITÉ EN MÉDECINE DE SIGNES CONVENTIONNELS.

On pourrait croire que les progrès de la science, de même que la connaissance plus approfondie de la vertu des médicaments, a nui à la prospérité de la médecine et de la pharmacie; il n'en peut rien être. Ce qui leur a enlevé leur prestige scientifique et le grand honneur dont elles ont joui pendant plusieurs siècles, c'est l'abstention des praticiens à formuler en langue latine, la suppression de tous signes conventionnels pour exprimer tel ou tel poids, la publication de ces petits ouvrages, dits manuels ou guides de santé, qui se trouvent actuellement dans les mains de tout le monde, et enfin l'annonce et la vente de cette myriade de remèdes secrets.

Si cela continue encore quelques années, la médecine et la pharmacie seront des professions perdues, car qui voudra les embrasser avec la certitude ou l'appréhension de ne pouvoir un jour être récompensé de ses études, et des sacrifices d'argent qu'on a faits? Il est donc à désirer que les médecins reviennent à leurs anciennes coutumes; l'une et l'autre profession y trouvera honneur et profit.

Depuis que le système décimal est adopté en médecine, les signes qui exprimaient le grain, le scrupule, le gros, l'once et la livre sont sup-

primés; cependant chaque jour on en reconnaît l'utilité, pour mettre les prescriptions à l'abri de la susceptibilité des malades, et nous pensons que puisque dans ce moment on demande la révision du Codex, il ne serait peut-être pas inutile d'admettre des signes nouveaux. Nous en proposons donc une série, sans pour cela avoir la prétention qu'ils doivent être admis ; notre unique désir est de mettre les praticiens sur la même voie, car du contact de la pensée sortent souvent de bonnes choses.

Nous croyons que l'on pourrait utiliser la langue du père de la médecine, et rendre à ce génie des temps passés un nouvel hommage, en empruntant à l'alphabet grec des signes qui seraient compris par les médecins de toutes les nations.

Ces signes correspondraient à notre alphabet et seraient en rapport avec la dénomination de nos poids ; renonçant toutefois à l'usage des chiffres arabes ; ainsi le

μ......	pourrait signifier le	milligramme....	*mu.*
χ......	—	centigramme....	*chi.*
γ......	—	grammes.......	*gamma.*
δ......	—	décigramme....	*delta minor.*
Δ......	—	décagramme....	*delta major.*
ε......	—	hectogramme...	*epsilon.*
K......	—	kilogramme....	*cappa major.*

Les lettres c, H n'existant pas en grec, nous avons remplacé la première par *chi,* et choisi l'*epsilon* pour cette dernière, nous basant alors pour celle-ci sur la prononciation, et non sur l'orthographe.

Stanislas-Martin,
pharmacien.

MANIÈRE DE PRÉPARER LES ÉCUSSONS-EMPLATRES.

Les considérations suivantes, communiquées au cercle pharmaceutique du Haut-Rhin par M. Sourisseau, présentent une valeur pratique qui nous engage à les reproduire.

Quel que soit l'emplâtre, il suffit de l'étendre suffisamment ramolli sur une peau d'après la manière ordinaire ; quand il a acquis une épaisseur convenable et tant soit peu égale, on se sert d'un tube en verre creux, ou, à défaut, d'un flacon dit à eau de Cologne, rempli d'eau fraîche et aussi égal que possible (1) ; on le mouille exactement, puis on le roule ou on le frotte sur l'emplâtre placé entre deux réglettes d'une épaisseur appropriée ; par ce moyen il devient en un

(1) L'eau fraîche renfermée dans le tube ou le flacon, par son mouvement, tient toujours fraîche la surface du verre, et porte par là obstacle à un trop grand ramollissement de l'emplâtre, qui autrement finirait par adhérer au

instant très-lisse, brillant et égal sur toute son étendue ; ceci est surtout avantageux pour les emplâtres vésicatoires. Par la méthode ordinaire, on obtient habituellement un emplâtre inégal, offrant même des creux, ce qui peut bien aussi contribuer à ce que l'épiderme ne lève pas sur toute la surface de la peau en contact avec l'emplâtre.

Pour l'emplâtre de poix de Bourgogne, il est indispensable de se servir d'une plaque bien unie en métal et chauffée.

Quand il s'agit d'entourer un emplâtre d'une bande de diachylon, on termine l'emplâtre comme il vient d'être dit, puis on roule un magdaléon de diachylon, que l'on porte tout autour de l'emplâtre ; on le fixe, avec le doigt, sur la peau ; après, on le soumet de même au rouleau, jusqu'à ce qu'il soit de niveau avec l'emplâtre.

Quand on a à saupoudrer un emplâtre de camphre, par exemple, on y porte la poudre au moyen d'un tamis, on couche une feuille de papier par-dessus, et l'on frotte légèrement la feuille pour fixer le camphre.

Il me reste à parler de la manière d'étendre une poudre médicamenteuse sur le sparadrap, de manière à ménager un bord qui doit rester collant. Le moyen en est bien simple et exact : la grandeur étant donnée, on enlève, dans le milieu d'un carré de papier, un morceau de la grandeur de la surface du sparadrap qui doit être couvert de la poudre médicamenteuse (on enlève exactement la grandeur voulue, en pliant une feuille en quatre, plaçant un modèle en papier également plié en quatre par-dessus, de manière que les coins qui représentent le centre soient superposés; on trace avec le crayon; la ligne tirée doit conduire les ciseaux) ; on l'étend sur un morceau de sparadrap ; la partie enlevée laisse à jour la surface qui doit recevoir la poudre ; on la presse légèrement, afin qu'elle n'offre point de creux, qui laisseraient pénétrer la poudre sur le bord qui doit rester intact; cela fait, au moyen d'un tamis, on porte la poudre bien également sur toute la surface du sparadrap mis à nu ; on couche alors une feuille de papier par-dessus, et l'on presse légèrement pour lui donner assez de fixité.

NOTE SUR UNE BOISSON HYGIÉNIQUE.

M. le docteur Mazard, médecin de la maison centrale de Limoges, ayant reconnu, par plusieurs années d'expérience, que l'eau vinaigrée qu'on était dans l'habitude de donner aux détenus valides, pendant les mois de juin, juillet et août de chaque année, ne convenait pas à

verre. Avec un tube plein ou un rouleau massif quelconque, la masse interne étant fixe, ne recevrait pas avec rapidité la chaleur de la couche externe ; celle-ci devenant plus facilement chaude, déterminerait l'adhérence de l'emplâtre.

ces constitutions détériorées, songea à remplacer cette boisson. A cette intention, il passa en revue avec le pharmacien, M. Duboys, toutes les recettes connues (et le nombre en est grand), des *boissons* dites *économiques*, mais ils n'en purent adopter aucune; toutes ces formules, quoique très-bonnes, donnaient un prix de revient trop considérable pour être acceptées par l'administration. Sur le conseil de M. Mazard, M. Duboys fit quelques essais avec la réglisse et le houblon; voici la formule à laquelle, après quelques essais, ce pharmacien s'est arrêté :

Racine de réglisse concassée......... 6 kilogrammes.
Fleurs de houblon................ 1 kilogramme.
Eau.......................... 900 litres.

D'une part on verse sur la réglisse dix litres d'eau bouillante, on agite de temps en temps; on fait infuser le houblon pendant toute la nuit. Le lendemain de grand matin, on passe l'infusion de houblon qu'on réunit à celle de réglisse, et l'on ajoute le reste de l'eau. Le bois de réglisse restait dans la tisane toute la journée. On remuait à diverses reprises et, après quelques heures de repos, on commençait la distribution.

Cette boisson si simple, à laquelle les détenus donnaient le nom de petite bière, ne revient pas à un centime le litre, et depuis qu'elle est employée, la santé des prisonniers s'est améliorée; ils entreront moins souvent à l'infirmerie. Nous croyons, avec M. Duboys, qu'on peut recommander l'usage de cette boisson tonique aux travailleurs, surtout à ceux qui sont exposés à l'ardeur du soleil.

ÉLECTUAIRE ANTIDYSSENTÉRIQUE.

Nous devons la formule suivante à un honorable pharmacien du Caire, M. Gastinel.

Pr. Gousses de sauth épineux (*acacia parnetiana*) légèrement concassées............ 192 grammes.
Eau................................ 1000 grammes.

Faites bouillir dans une capsule de porcelaine, jusqu'à réduction de moitié du liquide ; passez et ajoutez :

Sucre blanc.......................... 400 grammes.

Faites avec la décoction un sirop concentré, dont le poids total sera de 700 grammes, et que vous verserez sur la pulpe sèche du fruit de baobab passé au tamis de crin, 500 grammes ; ajoutez :

Extrait d'opium gommeux, préalablement dissous dans un peu d'eau chaude............................ 2 grammes.

Ayez soin de battre l'électuaire dans un mortier de marbre ou de porcelaine, jusqu'à obtention d'un mélange bien homogène. La dose est

de trois cuillerées à café par jour ; chaque cuillerée contient un quart de grain d'opium.

Selon M. Bouchardat, cet électuaire aurait été employé avec succès à l'Hôtel-Dieu, contre les diarrhées chroniques.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

EFFICACITÉ DU CHLORURE D'OR EMPLOYÉ COMME CAUSTIQUE DANS LE TRAITEMENT DU LUPUS.

Tous les dermatologistes qui se sont occupés de la thérapeutique des maladies de la peau s'accordent à regarder le *lupus* comme une des affections les plus rebelles, quel que soit le traitement employé pour la combattre. Celui-là rendrait un grand service à bien des malheureux, qui trouverait un moyen capable d'enrayer, dès le début, les progrès redoutables d'une maladie aussi cruelle. Les ravages que le lupus exerce nous paraissent dépendre en partie de la constitution anatomique de la région où siége ce mal ; la face, en effet, offre une vascularisation très-riche, une sensibilité très-développée, etc. Partout ailleurs il serait peut-être plus facile de prévenir et de déraciner le mal sans autant de préjudice.

Avant de parler de l'efficacité incontestable et parfois merveilleuse de la cautérisation à l'aide du chlorure d'or en solution concentrée, et des règles qui doivent présider à l'emploi de cet agent précieux, nous devons rappeler succinctement les moyens qu'on a employés et qu'on emploie encore contre le lupus; ils sont de deux sortes, on le sait.

Moyens généraux. — Ce sont des agents thérapeutiques qu'on met en usage contre la scrofule en général, et choisis de préférence dans la classe des altérants : l'hydrochlorate de chaux, celui de baryte ; les eaux sulfureuses, les préparations aurifères et mercurielles ; les iodures, celui de potassium en particulier ; les solutions arsenicales de Pearson et de Fowler ; l'huile de foie de morue et l'huile animale de Dippel, sans compter tous les dépuratifs, tisanes ou sirops, etc.

Moyens locaux. — Ils sont pris dans la classe des caustiques ou des irritants. Ce sont des pommades de proto et de deuto-iodure de mercure, de bioxyde de mercure ou *précipité rouge*, d'iodure de soufre, de nitrate d'argent ; des caustiques solides, mous, pulvérulents ou liquides, le nitrate d'argent fondu, le caustique de Vienne, la pâte de Canquoin, la poudre de Dupuytren et celle du frère Côme, l'huile de cade, le nitrate acide de mercure, la solution de *sublimé;* enfin, on est allé jusqu'à l'emploi du cautère actuel.

Parmi tous ces derniers, nous n'avons pas, à dessein, mentionné le chlorure d'or, parce qu'il n'est pas indiqué dans les ouvrages classiques des maladies de la peau de MM. Rayer, Gibert, Cazenave et Schedel ; et, cependant, nous ne craignons pas de le dire, il nous paraît mériter incontestablement le premier rang. Notre opinion est basée sur un ensemble de faits bien observés, quoiqu'ils ne soient pas encore très-nombreux. Avant de citer son mode d'action, nous devons déclarer qu'il n'existe pour nous que deux véritables espèces de lupus, bien distinctes, sinon dans leur nature intime, du moins dans leurs symptômes, leur marche et leur pronostic. L'une, la plus grave, est le *lupus scrofuleux*, toujours facile à distinguer ; l'autre, moins redoutable, c'est le *lupus* dit *tuberculeux*. — Pour le lupus scrofuleux, il n'y a, à notre avis, qu'une manifestation de l'affection scrofuleuse dont la gravité tient surtout au siége de la maladie ; le second appartient simplement à l'ordre des maladies cutanées, qu'on désigne sous le nom de *tubercules*. La distinction que nous venons de faire nous paraît importante, très-fondée et pratique.

En 1849, à l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, dans le service de M. le docteur Potton, où nous étions attaché comme interne, nous avons pu suivre avec soin le traitement de seize cas de lupus, observés sur des femmes ou des petites filles, malades depuis longtemps. Sur ce nombre, onze étaient *tuberculeux* et cinq *scrofuleux*. Pour les femmes de la première catégorie, c'est-à-dire présentant le lupus tuberculeux, la plus jeune avait treize ans, la plus âgée en avait trente-cinq. Pour les femmes de la seconde catégorie, les deux extrêmes de l'âge étaient de huit et vingt-un ans. On peut donc établir que le lupus scrofuleux affecte spécialement l'enfance et l'adolescence, tandis que le lupus tuberculeux survient peut-être moins fréquemment avant qu'après l'adolescence, époque où les fonctions menstruelles sont sujettes à éprouver des dérangements. Ce que nous venons de dire a été confirmé par un grand nombre d'observations postérieures.

Dans l'espace de moins de six mois, de ces seize malades, sept ont guéri et ont pu quitter l'hospice ; chez toutes les autres, il y a eu une amélioration très-sensible, donnant l'espoir d'un succès prochainement complet.

Le traitement, dans tous les cas, a été simple : 1° une tisane amère ou dépurative ; 2° l'huile de foie de morue à l'intérieur, à la dose de trois à quatre cuillerées à bouche par jour ; 3° la cautérisation avec le chlorure d'or en solution, répétée à peu près tous les huit jours.

Voici la composition de cette préparation aurifère :

Or laminé............. 1 partie.

Acide nitrique.......... 1 partie.
Acide chlorhydrique..... 3 —

On obtient un liquide d'une couleur jaune bien prononcée. Pour bien conserver cette préparation, il faut qu'elle soit renfermée dans un petit flacon bouché à l'émeri, à l'abri du contact de l'air.

Voici les règles à observer dans l'emploi de ce caustique, et les phénomènes qui suivent son application.

1° On se sert d'un très-petit pinceau, ou d'un peu de charpie portée à l'extrémité d'une pince ; ou l'imbibe dans la dissolution aurifère.

2° On cautérise toute la surface malade en la badigeonnant ; cependant lorsque le mal est trop étendu, il vaut mieux n'en toucher qu'une portion seulement ; aucun pansement n'est nécessaire, on laisse la partie exposée à l'air libre.

3° Par suite d'une réaction instantanée et d'une modification particulière des tissus cautérisés, on y aperçoit d'abord une couleur jaune, puis orange, ensuite violette, et enfin noirâtre ; dix-huit ou vingt-quatre heures après l'opération, il apparaît des croûtes noires, inégales, rugueuses, et pas de traces notables d'inflammation sur les tissus qui les supportent.

4° Ces croûtes, de couleur noire comme celles du rupia, mais très-minces, sont d'abord adhérentes par toute leur surface; mais bientôt, deux ou trois jours après la cautérisation, on les voit se détacher par un ou plusieurs points de leur circonférence, sous forme d'écailles rugueuses.

5° Après cinq à six jours, elles sont complétement tombées, et la surface sur laquelle elles reposaient reste sèche, si elle était simplement tuberculeuse, et comme cicatrisée, si elle était ulcérée superficiellement et sur une petite étendue.

6° Il faut que ces croûtes ne soient enlevées ni par le malade ni par e médecin, qu'elles tombent spontanément à la suite d'un travail local modificateur et essentiel à la guérison de la maladie.

7° On revient à la cautérisation après la chute complète des croûtes, et seulement alors. On l'opère toujours de la même façon ; on passe légèrement sur les parties peu affectées, on cautérise un peu plus fort les tissus où le mal est plus profond.

8° Immédiatement après avoir touché les parties affectées, surtout si elles offrent quelques points ulcérés, les malades éprouvent une douleur instantanée, cuisante, quelquefois assez vive pour amener un larmoiement considérable des deux yeux, principalement chez les enfants. Cette douleur se dissipe graduellement et ne dure qu'une ou quelques heures, suivant l'étendue et la profondeur de la cautérisation.

Les règles générales que nous venons de tracer en peu de mots doivent être rigoureusement observées dans l'emploi de ce puissant caustique.

C'est à l'hospice de l'Antiquaille, dans le service de M. le docteur Potton, que nous avons observé les premiers succès obtenus par cette médication locale du lupus. Ce praticien soumet d'abord les malades au traitement général par l'huile de foie de morue et une tisane amère ou altérante; et, quelques jours après, il emploie, pour tous les cas, la cautérisation avec la solution de chlorure d'or. Il n'y a pas de contre-indication dans l'emploi de ce caustique, à moins d'une inflammation très-vive; car, dans la plupart des cas, c'est vraiment étonnant de voir celle-ci s'amender et disparaître si vite, à la suite de ces cautérisations. Jamais nous n'avons vu survenir d'érysipèle.

Nous avons employé et vu employer le nitrate acide de mercure, le nitrate d'argent, des pommades caustiques et autres; mais aucun de ces moyens n'a fourni d'aussi bons résultats que le chlorure d'or, quoiqu'on fît usage en même temps du même traitement interne.

M. Pétrequin, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, a obtenu des résultats très-avantageux à l'aide de ce caustique, toujours employé de la même façon, contre les cicatrices difformes et les ulcérations scrofuleuses de la peau.

Enfin, le chlorure d'or, que nous n'avons pas vu employer dans les hôpitaux de Paris, et administré comme nous l'avons dit, nous paraît jouir d'une efficacité précieuse et incontestablement supérieure à tout autre agent caustique dans le traitement local du lupus, quelle qu'en soit la forme.

MALICHECQ, D. M. P.,
ancien interne des Hôpitaux de Lyon.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique appliqué à la chirurgie, et aux différentes branches de l'art de guérir, par E. F. BOUISSON, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire de Saint-Eloi. (1 vol. in-8°, chez J.-B. Baillière).

« Eviter la douleur dans les opérations est une chimère qu'il n'est pas permis de poursuivre aujourd'hui. Instrument tranchant et douleur, en médecine opératoire, sont deux mots qui ne se présentent point l'un sans l'autre à l'esprit des malades, et dont il faut nécessairement admettre l'association. » Tel est le jugement que formulait naguère M. Velpeau, dans son Traité de médecine opératoire, sur les travaux qui ont eu pour but, à diverses époques de la science, de supprimer la douleur dans les opérations chirurgicales. Jamais oracle, il faut bien l'avouer,

ne reçut un plus éclatant démenti. L'immortelle découverte de Jackson a bien pu, à son origine, rencontrer quelques rares contradicteurs : *oportet hæreses esse ;* mais elle est désormais à l'abri de toute contestation ; l'influence de la lumière et de la chaleur solaires sur la nature vivante n'est pas mieux démontrée que les bienfaits de l'éthérisation dans les opérations que pratique la chirurgie sur l'organisation humaine.

Dès les premières pages de son Traité de la méthode anesthésique, M. Bouisson se défend du reproche, qui pourrait lui être adressé, que son travail est prématuré, et qu'il s'expose à consacrer, à populariser quelques erreurs, en donnant à des questions des solutions qui ne sont peut-être pas définitives. Pour nous, avant même d'avoir lu le livre du savant professeur de la Faculté de Montpellier, nous étions complétement libre d'un tel scrupule ; mais, maintenant que nous l'avons lu, nous n'hésitons pas à approuver hautement son heureuse entreprise, et nous nous en félicitons pour la littérature médicale française, à laquelle restera ainsi l'honneur du premier traité dogmatique complet sur la méthode anesthésique.

Nous venons de dire que l'ouvrage de M. Bouisson était un traité complet de la méthode anesthésique : en effet, il n'est pas une seule face de l'intéressante question qui se pose sous le nom de cette méthode, que cet habile observateur n'ait largement étudiée. Le seul exposé complet du plan de l'auteur nous forcerait à dépasser les limites dans lesquelles nous devons nous renfermer ici ; nous nous abstiendrons donc de faire cet exposé, et nous nous contenterons d'indiquer les points principaux de ce travail étendu. Nous remarquons tout d'abord un résumé historique fort bien fait, et complet, ce nous semble, des tentatives qui ont été faites à diverses époques de l'art, pour arriver à supprimer la douleur dans les opérations chirurgicales. Plusieurs fois on a cru avoir atteint ce but, et ceux qui se sont tour à tour constitués les historiens de la science ont rapporté plus ou moins explicitement les résultats auxquels l'expérience avait conduit. Mais quand on considère les moyens à l'aide desquels ces résultats étaient obtenus, il est évident qu'il y a eu exagération dans leur appréciation. C'est ainsi qu'il est parfaitement démontré que les effets de la mandragore, de l'opium, et d'autres narcotiques, du chanvre indien, auquel des chirurgiens chinois ont eu recours, il y a des siècles, pour supprimer la douleur, ne sont nullement comparables aux effets anesthésiques que nous obtenons aujourd'hui. Toutefois, pour les praticiens qui, par un vain scrupule ou tout autre motif, répugneraient à l'éthérisation, nous indiquerons deux résultats intéressants, que nous trouvons

signalés dans la Revue rétrospective de M. Bouisson. Ce chirurgien affirme être parvenu lui-même à opérer, presque sans que le malade s'en soit aperçu, l'arrachement partiel de l'ongle, sur un sujet qui avait un ulcère péri-onguéal du gros orteil, et auquel il avait prescrit l'application préalable d'un emplâtre d'opium. Il rapporte également que le docteur Liégard, de Caen, a pratiqué plusieurs fois une opération semblable, avec silence complet de la sensibilité, à l'aide de la méthode préconisée par le chirurgien anglais Moore, c'est-à-dire d'une compression énergique du membre qui fut opéré. Ce sont là évidemment des faits qui s'éclipsent complétement devant la grande méthode anesthésique moderne : nous avons cru devoir les rappeler, cependant, parce qu'ils tendent à recommander une pratique simple aussi, et qui ne doit pas rester inconnue.

Après avoir traité des nombreux agents qui, dans ces derniers temps, ont été successivement expérimentés pour arriver à l'abolition momentanée de la sensibilité, mais en tête desquels restent et resteront peut-être toujours le chloroforme et l'éther, M. Bouisson examine rapidement, et rejette comme mauvaises les méthodes qu'on a essayé de substituer à l'inhalation. Ces questions une fois approfondies, il arrive enfin à la question capitale de son livre, celle de l'éthérisation proprement dite. S'appuyant sur les faits nombreux qu'il a lui-même observés, sur les expériences infiniment plus nombreuses encore qui sont résultées d'une pratique presque universelle aujourd'hui, pouvons-nous dire, le professeur de clinique de Montpellier se prononce de la façon la plus explicite en faveur de cette méthode. Toutefois, avec quelque enthousiasme qu'il parle de la découverte américaine, il en soumet l'application à des restrictions qui nous ont semblé pour la plupart fort judicieuses, et que, dans l'intérêt de la pratique, nous allons rapidement rappeler ici. Pour ce qui est des contre-indications qui se tirent de l'âge, M. Bouisson pose qu'on doit s'abstenir des anesthésiques avant l'expiration des six premiers mois de la vie; qu'il faut n'employer que l'éther jusqu'à la deuxième année, et réserve l'emploi du chloroforme pour l'époque où la résistance vitale a acquis plus d'énergie. Disons cependant que les recherches intéressantes d'un physiologiste anglais, M. Nunneley, sont venues infirmer jusqu'à un certain point cette assertion, en montrant que chez les jeunes animaux la résistance à l'action toxique du chroroforme est plus forte que chez l'adulte.

Quant aux contre-indications, qui sortent de l'ordre pathologique, il les résume dans des préceptes généraux qu'il formule ainsi : renoncez à l'éther et surtout au chloroforme, dit-il, dans les cas suivants :

1° chez les sujets extrêmement affaiblis par des hémorrhagies, ou par une chlorose anémique spontanée ; 2° chez les épileptiques, les hystériques à constitution délabrée ; 3° chez les individus qui paraissent très-disposés aux congestions cérébrales, ou qui ont un ramollissement du cerveau ; 4° chez ceux qui tombent très-facilement en syncope ; 5° chez les malades disposés à l'hémoptysie, à l'apoplexie pulmonaire; 6° chez ceux qui ont des maladies organiques du cœur, avec petitesse et intermittence du pouls. Nous ne croyons pas que M. Bouisson se soit appuyé uniquement sur l'expérience pour poser ces règles générales : il a surtout tiré celles-ci des données de la physiologie normale et de la physiologie pathologique. A ce titre, elles ont certainement moins de valeur que si elles avaient reçu la sanction de l'expérience. Mais ici il faut devancer l'expérience, si l'on peut; car ses enseignements sont fort graves dans une pareille question. M. Bouisson a donc fait sagement de poser ces règles, dût même l'avenir montrer qu'elles ont étendu trop loin l'exception. Nous ferons encore deux remarques sur ce point : la première, c'est que nous avons été un peu étonné de voir figurer dans cette liste de contre-indications pathologiques, le ramollissement cérébral ; nous ne voyons quelle circonstance pourrait indiquer l'éthérisation dans une pareille condition de l'organisme, par conséquent, il était inutile de formuler la contre-indication. Par contre, il nous semble, en partant des mêmes données que l'auteur, que les individus sujets à certains accidents, l'asthme nerveux, par exemple, ne devraient que dans des cas excessivement graves, être soumis à l'éthérisation ; ne sait-on pas, en effet, qu'il suffit à plusieurs de ces sujets de respirer un air chargé de quelques émanations hétérogènes pour qu'un accès d'asthme se produise ? Dans ces cas serait-il prudent d'avoir recours au chloroforme ou à l'éther ? C'est au moins une question qu'on peut poser ; du reste, nous n'avons pas, en faisant ces remarques, la prétention de remplir les lacunes qui peuvent se trouver à cet égard dans le livre que nous analysons. Ce ne sont là que des conjectures plus ou moins fondées, et dont il appartient à l'avenir seul de déterminer la valeur.

On voit, d'après les règles que M. le professeur Bouisson vient de formuler sur les applications de l'éthérisation, que dans quelques cas il donne la préférence à l'éther sur le chloroforme ; en cela même il professe à cet égard une doctrine qui diffère de celle qui tend à prévaloir généralement aujourd'hui, et qui exclut à peu près complétement l'éther. Mais l'auteur, dans plusieurs endroits de son ouvrage, est bien plus explicite encore, et pense que l'éther est beaucoup moins dangereux que le chloroforme, et doit presque toujours être préféré.

M. Bouisson fonde surtout cette préférence et sur la façon dont il comprend l'action de l'une et l'autre substance sur l'organisme, et sur les résultats fâcheux, incontestables aujourd'hui, qui ont, dans quelques cas, suivi l'emploi de la méthode anesthésique. Nous ferons, à ce sujet, observer tout d'abord que ces résultats, fondés sur la statistique, ne nous paraissent pas probants ; ils sont d'abord beaucoup trop peu nombreux pour que l'induction qu'on en tire ait quelque valeur; et puis, nous savons qu'à la faveur du numérisme on parvient tous les jours à soutenir les thèses les plus contradictoires avec une apparence de raison. Cette discussion ne nous a pas éclairé, nous l'avouons franchement ; et par cela même que l'immense majorité des praticiens aujourd'hui emploie le chloroforme, nous sommes fort incliné à croire, et avant tout résultat statistique, que là est la vérité. C'est de l'expérience sans chiffres, mais de l'expérience vivante, large, multiple comme les faits, et qui a une grande autorité sur notre esprit.

Il s'en faut bien que nous ayons touché à toutes les grandes questions qui sont agitées dans ce livre substantiel : nous ne pouvons cependant finir sans indiquer encore deux de ces questions, qui y sont traitées avec tout le développement qu'elles comportent, et toute la sagacité qu'on est en droit d'exiger d'un homme aussi haut placé dans la science que l'est M. le professeur Bouisson. Ces deux questions sont relatives l'une à l'emploi de l'éthérisation dans les accouchements, l'autre à la médecine légale. Là, comme ailleurs, le professeur de Montpellier se montre expérimentateur aussi habile que conseiller prudent ; et nous croyons que l'on ne pourrait, dans l'état actuel de la science, aller plus loin qu'il ne l'a fait, dans cette double direction de recherches, sans tomber dans le péril des affirmations aventureuses.

Pour tout dire en un mot, ce livre manquait à la littérature médicale, et nous devons savoir gré à M. le professeur Bouisson de n'avoir pas reculé devant l'entreprise difficile de combler cette lacune, car il l'a fait avec succès, et son livre restera.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De l'expectation dans les épiplocèles traumatiques. — Tous les auteurs classiques ont posé en principe de ne laisser l'épiploon au dehors d'une plaie que s'il est altéré ; de le réduire, au contraire, dans l'abdomen toutes les fois qu'il est intact, et ce principe, soutenu par Boyer surtout, a été généralement adopté dans la pratique chirurgicale. Cependant, il y a quelques années, un chirurgien de mérite, M. H. Larrey, forcé par les nécessités de la pratique à transgresser

le précepte classique, était venu combattre devant l'Académie la conclusion adoptée. Dans ce travail, M. Larrey démontre, par l'observation d'un fait clinique, que dans une plaie pénétrante de l'abdomen, compliquée de hernie de l'épiploon, lorsque la réduction immédiate est trop difficile, il n'y a aucun inconvénient à laisser au dehors de la plaie la partie herniée, parce qu'au bout d'un certain temps cette épiplocèle rentre peu à peu dans la cavité abdominale, sans avoir déterminé d'accidents.

M. Robert se montre plus zélé partisan de l'expectation que M. Larrey ; car, si ce dernier n'a pas réduit, c'est que cela lui a été impossible, tandis que M. Robert proscrit toute espèce de tentative. Avant de discuter la valeur de cette assertion, rappelons sommairement le fait que l'honorable chirurgien de l'hôpital Beaujon a communiqué à la Société de chirurgie à l'appui de sa proposition.

Obs. — Le 7 avril, on transporta à l'hôpital Beaujon un jeune homme, âgé de vingt-huit ans, atteint, dans une rixe, de deux coups de couteau au côté gauche de l'abdomen. L'une des plaies se trouve en dehors des muscles droits, l'autre est un peu au-dessus de l'épine iliaque; toutes les deux donnent issue à une portion d'épiploon parfaitement saine, mais légèrement congestionnée. La réduction pouvait en être faite selon le principe professé par Boyer ; mais cette réunion n'est pas sans offrir des difficultés ; elle expose quelquefois les muscles au décollement par les efforts qu'il faut faire ; elle peut nécessiter des tractions fâcheuses pour faire ressortir la hernie mal réduite ; elle provoque enfin l'inflammation de l'épiploon, qui devient promptement le siége d'un phlegmon, avec tendance à la suppuration, à la gangrène, et, de là, des complications graves de péritonites, comme l'a démontré M. Goyrand. Voilà pour quelles raisons M. Robert n'a pas eu recours à la réduction de l'épiploon. Il se souvient d'avoir vu, à l'Hôtel-Dieu, Dupuytren réduire une épiplocèle, qui fut suivie de gangrène et de péritonite mortelle. La saine pratique, à son sens, n'est pas de réduire, mais de laisser toujours, au contraire, l'épiploon au dehors.

Une objection faite par Boyer ou son école, c'est qu'en laissant ainsi l'épiploon au dehors, on voit survenir des accidents d'étranglement, ou tout au moins des accidents produits par la formation d'adhérences, tels que des tiraillements dans le ventre et de la gêne des fonctions digestives. M. Robert a observé maintes fois des faits contraires à ceux que ferait supposer cette objection. Il n'y a, selon lui, que des inconvénients et nul avantage à opérer la réduction. C'est pourquoi, chez son malade, il a laissé en place les deux portions d'épiploon, et s'est contenté de prescrire le repos absolu, la diète même des boissons, et

des pilules de 5 centigrammes d'extrait thébaïque toutes les cinq heures. Aucun accident n'est survenu. L'épiploon s'est boursouflé, il a perdu de sa souplesse, est devenu rougeâtre, et s'est converti en une masse homogène, dure, comme lardacée, suppurant peu et à peine sensible. M. Robert espérait que la réduction s'effectuerait ensuite, comme dans le fait rapporté par M. Larrey ; mais, reconnaissant les difficultés d'une réduction spontanée assez prompte, il ne s'en est pas tenu à l'expectation absolue, prolongée, comme son collègue, qui avait vu disparaître le bourrelet seulement au trente-sixième jour ; et, en raison surtout des adhérences établies autour de la plaie, M. Robert s'est décidé à faire l'excision des masses épiploïques. Une seule des tumeurs herniées a donné lieu à un écoulement de sang, et cinq ligatures ont été faites ; les deux portions d'épiploon adhérentes et situées d'abord au niveau des téguments se sont affaissées peu à peu, et la réduction eut lieu, comme dans le cas de M. Larrey. A mesure que cette rétrocession s'effectuait, avait lieu aussi la cicatrisation des bords de la plaie abdominale. Et, le dix-huitième jour après l'accident, M. Robert présentait à la Société le malade guéri. Aucun des nombreux mouvements qu'exécute cet homme ne provoque la moindre douleur dans le ventre ; les fonctions digestives ne sont troublées en rien ; enfin, les cicatrices que présentaient les parois abdominales sont assez solides et intimes pour ne pas permettre, sous les efforts de la toux provoquée, de soupçonner une plus grande faiblesse que dans les autres points, et laisser des craintes pour la formation ultérieure d'éventrations ou de hernies. M. Robert soutient que la réunion consécutive assure à la cicatrice autant de solidité que la réunion immédiate ; cependant, il convient qu'il y a lieu, malgré leur état favorable, de s'enquérir plus tard de ces cicatrices.

M. Robert résume enfin sa communication par cette conclusion : Dans les plaies pénétrantes de l'abdomen compliquées d'issue de l'épiploon, l'expectation provisoire est de toute innocuité et l'excision secondaire est indiquée lorsque des adhérences se sont établies et s'opposent à la réduction. M. Robert fait appel d'ailleurs à l'expérience de ses collègues sur le principe qu'il soutient dans un sens modifié d'après M. H. Larrey, et contrairement à l'opinion de la plupart des auteurs. Il pense que la même conduite est à tenir dans les cas de hernies épiploïques ; ce sont même les bons résultats qu'il a obtenus dans ces cas qui l'ont engagé à le formuler d'une façon aussi précise pour l'épiplocède traumatique, puisqu'il n'a que ce seul fait à apporter à l'appui de sa conclusion.

Ainsi, on le voit, il y a deux assertions distinctes dans la commu-

nication de M. Robert, selon que l'épiploon fait hernie à travers une plaie accidentelle ou à travers un anneau dilaté pour constituer une tumeur herniaire proprement dite. Examinons-les séparément, et voyons les objections les plus importantes qui ont été adressées à chacune d'elles. Mais nous devons le dire de suite, c'est la pratique qui tend à laisser en toute circonstance l'épiploon des tumeurs herniées qui a soulevé les objections les plus nombreuses.

Pour les épiplocèles traumatiques, les faits sont trop rares pour que chacun des membres ait pu déduire de sa propre expérimentation des conséquences pratiques précises; cependant en rassemblant les faits fournis dans la discussion, on arrive encore à voir que les dangers signalés par M. Robert, comme résultat possible de la réduction de la partie herniée, sont exagérés. M. Guersant a cité deux cas de blessures des parois abdominales avec issue de l'épiploon, qu'il a observés pendant son internat à l'Hôtel-Dieu. Ce chirurgien s'est servi, pour réduire, d'une sonde de femme dans les deux cas, et n'a éprouvé aucune difficulté pour faire rentrer la partie herniée; le premier blessé guérit, le second succomba à une péritonite. On conçoit facilement que l'instrument qui a servi à faire ces blessures ne borne pas son action vulnérante aux parois abdominales, et blesse souvent le tube digestif. Il est un signe diagnostic important dans ces cas, c'est la production d'une tympanite. Toutes les fois qu'à la suite d'une plaie ou même quelquefois d'une contusion des parois abdominales, il se manifeste un développement de gaz dans la cavité péritonéale, on doit être certain d'une perforation intestinale. Nous avons été, pendant notre séjour à Bicêtre, témoin d'un semblable résultat, à la suite d'une blessure faite par un coup de tranchet; l'épiplocèle traumatique fut réduit facilement à l'aide de l'extrémité d'une sonde, deux points de suture enchevillée furent appliqués, et nous combattîmes les accidents à l'aide de l'opium à doses répétées, une pilule d'un centigramme toutes les heures, et de larges applications de sangsues. La médication fut continuée et le malade guérit contre nos prévisions. Dans l'espèce il eût succombé, non aux suites de la réduction de l'épiplocèle, mais à la péritonite. Il en a été sans doute de même du cas de M. Guersant.

Un fait cité par M. Huguier nous fournit la preuve de l'innocuité de la réduction, si bien d'autres faits dans lesquels l'épiploon hernié a été impunément malaxé plus longtemps encore, n'étaient là pour mettre hors de doute cette assertion. Un homme reçoit un coup de couteau dans le côté gauche du ventre. Le médecin appelé près de lui, voyant une partie d'épiploon hors de la plaie, essaye de la réduire; croyant y être parvenu, il applique un appareil contentif sur l'ouverture de la

plaie abdominale. Le blessé est transporté à l'hôpital Beaujon. M. Huguier trouva le matin à sa visite l'épiploon ressorti d'une longueur de 5 à 6 centimètres ; cet homme, dans la nuit, avait éprouvé des douleurs si grandes, que malgré toutes les recommandations qu'on lui avait faites, il enleva son pansement. M. Huguier n'ayant pu retrouver l'ouverture interne de la plaie, pensa que la réduction avait été incomplète, il fit un débridement de la peau et acquit la conviction que l'épiploon avait été refoulé dans une cavité formée en avant des muscles droits par le décollement du tissu graisseux, si abondant dans cette région. A l'aide d'une sonde de femme, il parvint à refouler l'épiploon dans l'abdomen, réunit la plaie par deux points de suture profonde.

Ainsi on le voit, en ne tenant compte que des faits cités dans la discussion, le fait de M. Robert, de même que celui de M. H. Larrey, prouve seulement que l'expectation, dans les cas d'épiplocèle traumatique, est une pratique moins dangereuse que ne le pensaient les anciens, et que dans les cas exceptionnels dans lesquels la réduction immédiate est par trop difficile, même à l'aide d'une sonde de femme, on doit laisser l'épiploon au dehors, sauf à recourir à l'excision secondaire, si des adhérences péritonéales venaient s'opposer à la réduction spontanée.

Nous rendrons compte, dans notre prochain numéro, de la partie de la discussion qui a trait aux hernies épiploïques.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACIDE HYDROCHLORIQUE. *Son emploi à l'intérieur dans les affections gastro-intestinales.* L'acide hydrochlorique, par les services éminents qu'il rend journellement à la pratique, notamment comme topique dans le muguet, les aphthes gangréneux, et toutes les affections diphthéritiques, ou sous forme de vapeur dans le croup, a pris depuis longtemps un rang important dans la matière médicale à titre de puissant modificateur local. Mais son usage intérieur est encore loin d'avoir reçu toutes les applications dont il est susceptible. Cependant les archives de la science n'étaient pas entièrement muettes à cet égard; on trouve dans de vieux auteurs, dans Dionis, par exemple, des formules qui semblent indiquer qu'à cette époque l'acide hydrochlorique a été donné à haute dose à l'intérieur (20 grammes pour 500 grammes de vin rouge, dont on prescrivait de 30 à 60 grammes par jour), sans qu'il ait paru en résulter d'accidents sérieux. S'étayant sur ces exemples et sur quelques données physiologiques, M. le docteur Caron a institué une série d'expériences thérapeutiques qui tendent à déceler, dans l'acide hydrochlorique à dose élevée, une action tonique et stimulante des organes digestifs qui pourrait, dans des circonstances déterminées, rendre de grands services.

En donnant à un individu adulte, de trente-cinq à quarante ans, matin et soir, trois cuillerées de vin blanc additionné d'acide hydrochlorique, dans les proportions de 15 grammes pour 1,500 grammes, M. Ca-

ron a observé les phénomènes suivants : l'estomac acquiert, au bout de deux ou trois jours au plus, une surexcitation qui n'est pas désagréable ; l'appétit se développe, les digestions s'accélèrent, l'intelligence et l'activité générale de l'individu semblent augmenter ; les fonctions intestinales sont souvent stimulées, au point de produire, au début, un certain relâchement, qui cède de lui-même, sans que l'on soit obligé d'y porter remède ou de suspendre le médicament. Il a vu des malades chez lesquels les fonctions digestives, pour une cause ou une autre, s'accomplissaient mal depuis longtemps, qui étaient sujets à des indigestions fréquentes, à des vomissements faciles, qui allaient mal à la garderobe, qui ressentaient de violents maux de tête et d'estomac, qui avaient le sommeil pénible et fatigant, se rétablir en moins de huit à dix jours de l'usage de cette médication. Enhardi par ces premiers résultats, M. Caron a varié ses essais, soit en modifiant la dose et le véhicule de l'acide, soit en l'associant à des substances susceptibles d'en favoriser l'action. Ainsi, pour des individus débiles, faibles, atteints d'affections catarrhales anciennes, il l'a prescrit à la dose de 1 à 2 grammes dans le vin ou le sirop de quinquina. Dans un cas de vomissements incoërcibles chez une femme enceinte, il l'a administré avec succès à la dose de 1 gramme 50 centigr. dans un véhicule alcoolisé et associé avec 20 grammes de teinture de colombo, 10 grammes de quinquina et 4 grammes de teinture d'écorce d'oranger, etc.

Sans dissimuler l'objection qu'on pourrait tirer de cette association, même contre les conclusions que M. Caron tire de ces faits, nous n'en pensons pas moins, avec cet honorable praticien, qu'il y a effectivement, dans cet agent puissant, des propriétés thérapeutiques dont on n'a pas assez cherché jusqu'ici à tirer parti, et, dans les expériences dont nous venons d'exposer sommairement le résultat, une indication dont des expériences ultérieures devront déterminer d'une manière plus précise la valeur et les limites. (*Revue médico-chirurgicale*, mai 1850.)

ANÉVRYSME *de la sous-clavière gauche opéré et guéri par la galvano-puncture. Inutilité de l'éthérisation.*

Nous ne reviendrions pas sur ce sujet si souvent traité déjà dans le *Bulletin*, si le fait dont il s'agit ici n'offrait, et par la nature même et le siége de l'artère soumise à la galvano-puncture, par les circonstances particulières qui ont accompagné cette opération, et enfin par son résultat, un intérêt particulier. On sait, en effet, que ce fut sur un semblable anévrysme, c'est-à-dire sur un anévrysme de la sous-clavière, qu'en 1838, un célèbre chirurgien anglais, Liston, tenta pour la première fois sur l'homme l'application de la galvano-puncture. Le résultat n'en fut pas heureux, et il fallut recourir à la ligature des artères sous-clavière et carotide. Depuis cette époque, cette méthode de traitement, grâce aux efforts persévérants de M. Petrequin, a donné de meilleurs résultats ; seulement, elle n'a encore été appliquée par le chirurgien de Lyon que pour des anévrysmes des membres. On ne lira donc pas sans intérêt l'observation suivante due à M. le docteur Abeille, et qui est le premier exemple d'application de cette méthode faite avec succès sur la sous-clavière.

Mlle P..., de Givet, âgée de soixante-cinq ans, était atteinte, depuis treize mois, d'une tumeur située en dedans du moignon de l'épaule gauche, entre les scalènes, et faisant saillie au-dessous de la clavicule. A peine perceptible d'abord, cette tumeur fit des progrès très-lents dans le principe ; mais elle augmenta peu à peu, au point de présenter, au bout de quelques mois, le volume d'un œuf de poule. Après avoir reconnu dans cette tumeur, par tous les signes pathognomoniques, qu'il est inutile de reproduire ici, l'existence d'un anévrysme de l'artère sous-clavière gauche, M. Abeille, se fondant sur les insuccès presque constants de la ligature en pareil cas, se décida pour la galvano-puncture. Il se servit d'une pile à auges de vingt-deux couples de 10 centimètres de côté. La malade étant éthérisée, il introduisit dans le sac quatre aiguilles recouvertes à leur partie moyenne d'une couche de matière isolante, qu'il fit pénétrer jusqu'à la profondeur de trois quarts de pouce environ, sans chercher à faire entre-croiser les pointes. Les pôles de la pile furent mis en contact avec chaque paire d'aiguilles alternativement, de manière à ce que ce con-

tact ne durât que cinq minutes par paire. Pendant une minute, la malade resta tranquille ; mais bientôt elle éprouva des mouvements convulsifs de tout le corps, poussa des cris aigus et des vociférations incessantes. Il ne fallut rien moins que la force de quatre personnes pour la contenir. Le bras du côté malade, surtout, était le siége de secousses telles, que la force de deux personnes pouvait à peine le contenir. Bientôt on s'aperçut que la tumeur durcissait, qu'elle devenait plus tendue et plus rénitente, que les battements disparaissaient et que le pouls était à peine perceptible dans l'artère radiale. Après trente-sept minutes des souffrances les plus vives, la tumeur paraissait uniformément dure et sans pulsations. M. Abeille se décida alors à retirer les aiguilles ; deux de ces aiguilles sortirent facilement, mais les deux autres nécessitèrent quelques efforts de rotation, et quelques gouttes de sang sortirent par les piqûres ; la peau était légèrement escarrifiée autour de ces deux petites plaies. Un appareil de compression fut appliqué et maintenu pendant dix heures sur la tumeur.

Le lendemain, le membre était froid et engourdi ; les battements avaient disparu dans l'artère brachiale et dans les branches qu'elle fournit. Dès le troisième jour, le pouls radial commença à reparaître, la tumeur était déjà diminuée. Cette diminution suivit une marche progressive jusqu'au trente-septième jour de l'opération, où il n'existait plus aucune saillie. La guérison, confirmée dès ce moment, ne se démentit plus.

Ce fait a été très-diversement apprécié. Nous ne voulons pas entrer à cet égard dans une longue discussion dont le moindre inconvénient peut-être serait de compliquer sans utilité une question très-claire par elle-même, et de substituer l'hésitation et le doute à l'évidence, qui ressort éclatante du fait lui-même. Qu'y voit-on, en effet? Deux choses : un succès incontestable d'une part ; d'autre part, des douleurs tellement vives qu'elles ne pourraient être comparées à celles que produirait la ligature ou toute autre opération sanglante, et que de l'avis de M. Abeille lui-même, elles constituent un inconvénient assez grave pour faire repousser cette opération. Pour le résultat, il est désormais acquis à la science comme une preuve nouvelle de l'efficacité de la méthode. Quant aux douleurs si vives, à l'agitation et aux mouvements désordonnés de la malade, dont on pourrait faire une objection sérieuse contre l'adoption de cette méthode, nous ferons remarquer que ce ne sont pas là des inconvénients inhérents à la méthode, et qui en soient nécessairement inséparables. D'abord, pour ce qui est de la douleur, il serait désormais facile de l'éviter, et en cela nous pouvons invoquer notre propre expérience, si, au lieu d'employer, comme l'a fait M. Abeille, un courant galvanique interrompu et par secousses, on cherchait à avoir un courant continu. Il y aurait à cela un autre avantage non moins appréciable, ce serait de se dispenser de recourir à l'éthérisation. N'y a-t-il pas lieu de se demander, en effet, si, dans cette circonstance, l'éthérisation, en produisant cette agitation, cet état convulsif hystériforme, dont il s'agit dans l'observation que nous venons de rapporter, n'a pas concouru, pour sa part, à compliquer d'une manière fâcheuse la pénible et laborieuse opération, au prix de laquelle M. Abeille semble regretter d'avoir acheté son succès? Il y a plus d'un motif de le croire. Nous ne dissimulerons pas qu'en employant un courant galvanique continu, la décomposition du sang et la formation du caillot obturateur auront lieu plus lentement ; mais comme l'opération sera exempte de douleurs vives, et qu'il ne sera point nécessaire de recourir à l'éthérisation, il n'y aura aucun inconvénient à ce qu'elle soit un peu plus prolongée. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, avril 1850.)

CAUSTIQUE DE VIENNE *appliqué à l'extraction de certains corps étrangers.* L'extraction des corps étrangers de petit volume, tels que de petits fragments de verre, des éclats de bois, des aiguilles, etc., est souvent extrêmement difficile à opérer au moyen d'incisions directes ; on se trouve fréquemment obligé, pour arriver jusqu'au corps étranger, de multiplier les incisions, de débrider en divers sens, et encore même n'y parvient-on pas toujours. Or, ces débridements, ces incisions multiples sont loin d'être sans inconvénients, ne fût-ce que la dou-

leur qu'elles produisent et la répugnance extrême avec laquelle les malades s'y soumettent. M. le docteur Lucien Papillaud, du Brésil, a pensé qu'on pourrait, avec grand avantage, remplacer ces incisions par l'application d'un caustique sûr et prompt dans ses effets, le caustique de Vienne, par exemple. Voici comment il procède : la situation et la direction probable des corps étrangers étant déterminées par le siége de la douleur, par les directions diverses dans lesquelles la pression la réveille, par l'infundibulum, qui indique ordinairement le point d'entrée du corps vulnérant et l'hypertrophie cellulense qui l'entoure, on applique une quantité de caustique proportionnée à l'étendue de l'escarre que l'on veut obtenir, étendue qui est déterminée ellemême par le volume connu ou probable du corps étranger. La chute de l'escarre, qui laisse à nu un large espace de tissus, sans écoulement de sang, laisse voir le plus ordinairement à nu la totalité, ou tout au moins une partie du corps étranger, dont les rapports et la direction sont toujours très-difficiles à déterminer au fond d'une plaie étroite, profonde et saignante. Un autre avantage de ce procédé, en témoignage de l'efficacité duquel M. Papillaud cite quelques exemples d'heureuse application, c'est de circonscrire et limiter ces sourdes inflammations traumatiques qui tendent souvent à s'irradier du point lésé, en suivant la direction des vaisseaux ou des gaînes tendineuses. (*Gazette médicale de Paris*, avril 1850.)

CÉSARIENNE (*Nouvelle méthode pour pratiquer l'opération*). M. Baudelocque vient de soumettre au jugement de l'Académie des sciences un nouveau procédé pour l'opération césarienne, qui réussira, dit-il, probablement. Cette opération consisterait : 1° à inciser la paroi postérieure du vagin dans son milieu, de haut en bas, et dans l'étendue de deux pouces à partir de son union avec le col utérin; 2° à abandonner aux contractions de l'utérus l'expulsion de l'enfant dans la cavité abdominale, d'où on le retirerait par une incision faite à la ligne blanche. La délivrance se ferait par les voies ordinaires.

Comme on le voit, cette opération est l'imitation exacte de la rupture naturelle du vagin, dont les recueils scientifiques ont enregistré de nombreuses observations, et dont M. Baudelocque lui-même a fourni un exemple dans le travail qu'il a publié, en 1844, sur l'opération particulière qu'il a appelée élytrotomie, ou incision du vagin. (*Compte-rendu de l'Académie des sciences*, mai 1850.)

CITRATE DE SOUDE (*Note sur un purgatif nouveau : le*). Le prix assez élevé du citrate de magnésie a incité un pharmacien de Lyon, M. Guichon, à chercher un sel analogue, qui, tout en jouissant des mêmes propriétés, présentât l'avantage d'être beaucoup moins dispendieux. Les expériences suivantes, dues à un habile médecin de cette ville, M. Potton, prouvent que ce nouveau sel, le citrate de soude, est digne de fixer l'attention des praticiens. Comme le citrate de magnésie, il n'a point de saveur désagréable; il est blanc, sans odeur, très-légèrement acide. Sa formule chimique est Na O, $C^4 H^4 O^4$. Pris avec l'eau gazeuse et suffisante quantité de sirop de limon, il fournit une boisson purgative agréable, se conservant sans altération, tandis que le citrate de magnésie s'altère sous cette forme, et n'est soluble qu'avec un excès d'acide.

Dans les vingt observations détaillées que M. Potton a recueillies, soit en ville, soit dans son service à l'hospice de l'Antiquaille, le citrate de soude a été administré sous deux formes : 1° à l'état de sel neutre, simplement dissous dans l'eau ou dans une boisson émolliente; 2° à l'état de sel neutre très-légèrement acidulé et sucré. Ce dernier mode d'administration est plus agréable, sans être plus difficile; il n'est même presque pas plus coûteux. Les jeunes sujets ont été purgés avec 40 grammes; chez les malades plus âgés, la dose a été portée à 55 grammes. Voici les résultats : dans quatre cas, de huit à douze selles ont eu lieu; dans neuf cas, de cinq à huit; dans trois cas, de quatre à cinq; dans deux cas il n'y a eu qu'une ou deux évacuations assez abondantes; enfin deux malades seulement ont été réfractaires à l'action du médicament, ce sont deux femmes. La purgation donnée en une seule dose à l'une d'elles, a été vomie et suivie de malaises généraux très-marqués. La plupart des autres ont été purgés

sans fatigues; quatre seulement ont souffert de coliques, avec borborygmes et ballonnement du ventre. M. Potton termine sa note en disant que plusieurs de ses collègues ont essayé comme lui cette purgation nouvelle, et ont obtenu des résultats à peu près identiques. (*Gaz. méd. de Lyon*, mai 1850.)

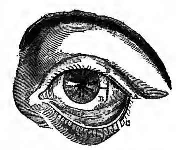
CORNÉE (*Des indications et des contre-indications de la cautérisation de la*). Il n'est pas de moyen en thérapeutique dont on n'ait mésusé, et les meilleurs sont précisément ceux dont on abuse le plus et avec le plus de danger. Ce n'est donc pas tout que de chercher à élargir et à étendre le plus possible le champ des indications d'une méthode ou d'un agent doué d'une grande activité; ce qui n'importe pas moins, c'est de déterminer avec autant de précision ses contre-indications et les dangers résultant de l'usage qu'on en peut faire. C'est ce que M. le docteur Deval s'est proposé de faire pour la cautérisation de la cornée.

La cautérisation des ulcères de la cornée, soit avec le crayon de nitrate d'argent, soit avec une solution concentrée de ce même sel, dont on a fait un si fréquent usage dans la pratique oculistique, depuis Scarpa, est loin, suivant M. Deval, d'avoir tous les avantages que lui avait attribués le célèbre professeur de Pavie, et elle a plus d'inconvénients qu'on ne le pense généralement. Il a vu plus d'une fois cette pratique accélérer les progrès du mal au lieu de les arrêter. Indépendamment des douleurs souvent intolérables qu'occasionne cette opération, de l'irritation qui en résulte sur un tissu dont la sensibilité est déjà exaltée par la phlogose, on a souvent à redouter les fâcheuses conséquences d'un leucoma ou même d'une perforation. Il est, toutefois, une catégorie d'ulcérations kératiques que le caustique seul peut avantageusement modifier, et où il est par conséquent formellement indiqué; ce sont ces ulcères atoniques, non accompagnés de symptômes inflammatoires actifs, et dont la cicatrisation traîne en longueur, quels que soient les moyens mis en usage. L'expérience a démontré à M. Deval que les ulcérations plates, transparentes, réfléchissant les rayons de lumière comme un miroir, suivaient fréquemment cette marche rebelle. Les émissions sanguines, les antiplastiques, sont alors inutiles, nuisibles même. La cautérisation avec un pinceau chargé d'une solution concentrée de nitrate d'argent, seule ou aidée des instillations de laudanum de Sydenham et de l'usage des pommades de l'oxyde rouge de mercure, est alors indiquée. Les fistules de la cornée qui tardent longtemps à s'oblitérer, peuvent également être attaquées avec succès par le caustique. La cautérisation de la cornée avec la pierre infernale, près de son limbe, suivant le procédé de M. Serre (d'Alais), est également un des meilleurs moyens à mettre en usage contre la dilatation idiopathique de l'iris, etc. Quant aux kératites ulcéreuses, avec phlogose ou irritation, ainsi qu'aux kératites interstitielles, le traitement qui leur convient le mieux, suivant M. Deval, consiste dans l'emploi des antiphlogistiques, des dérivatifs intestinaux et cutanés, des mercuriaux en frictions sur le front, et plus tard, quand la phlogose est amortie, le collyre de borax, suivi, au bout de quelque temps, du collyre de sublimé, des pommades au précipité rouge, etc. (*Union médicale*, mai.)

ECTROPION *par paralysie musculaire* (*Nouvelle opération pratiquée avec succès dans le traitement de l'*.) Les auteurs ne se sont occupés que de deux espèces d'ectropion, celui dans lequel le renversement de la paupière est dû à une tuméfaction, à un boursouflement de la conjonctive, et celui qui est produit par un raccourcissement de la peau intérieure, sous l'influence d'une cicatrice. Il en est cependant une troisième espèce, d'autant plus intéressante que, jusqu'ici, on pouvait la considérer comme incurable: c'est celle qui reconnaît pour cause le relâchement de la paupière, par la paralysie du muscle orbiculaire. Evidemment, cet ectropion ne peut s'observer qu'à la paupière inférieure. En effet, dans les cas où l'orbiculaire est paralysé, la paupière supérieure se trouve sous l'influence exclusive du releveur, et immobile dans son ascension, tandis que la paupière inférieure s'incline en avant, s'enflamme et finit par se renverser en dehors, de manière à donner lieu à une infirmité déplorable, en même temps qu'elle décou-

vre l'œil aux intempéries de l'air et l'expose à s'enflammer vivement et à se perdre. Il est inutile d'insister sur les inconvénients de laisser l'œil au contact de l'air, et sur les accidents qui en sont la suite ; ces faits sont connus de tous les chirurgiens. C'est contre cet ectropion, qu'on peut appeler *paralytique*, que M. France a imaginé une ingénieuse opération, mais qui réclame l'intégrité de la troisième paire de nerfs, c'est-à-dire du releveur de la paupière supérieure. Cette opération consiste à faire adhérer, dans une certaine étendue, le bord des deux paupières vers l'angle externe de l'œil; mais elle n'a pas tant pour but de diminuer l'étendue de la fente palpébrale que de relever la paupière inférieure, et de rétablir son contact avec le globe de l'œil, en le mettant, en quelque sorte, sous la dépendance de l'action musculaire du releveur. On comprend que dans le cas où la troisième paire est paralysée, c'est-à-dire lorsqu'il y a chute de la paupière supérieure ou *ptosis*, avec ou sans strabisme divergent, cette opération serait non-seulement inutile, mais nuisible, puisqu'elle augmenterait l'occlusion des paupières, et, par suite, ajouterait à la difficulté de la vision.

M. France n'a fait encore cette opération que deux fois, chaque fois avec plein succès. La première fois, c'est chez un homme de soixante ans, qui avait été blessé quelque temps auparavant à la joue droite, et chez lequel cette blessure, accompagnée de perte de substance, avait intéressé des branches considérables du nerf facial, et en particulier celles qui animent l'orbiculaire des paupières. Par suite, ce muscle était privé de ses mouvements volontaires; la paupière inférieure était renversée en dehors, et la membrane muqueuse exposée au contact de l'air, et violemment enflammée. Il y avait une conjonctivite chronique, accompagnée d'un écoulement continuel des larmes sur la joue; la vision restait bonne. Lorsqu'on disait au malade de fermer l'œil, on voyait la cornée se porter en haut et en dedans et venir se placer sous la paupière supérieure; mais une grande partie de la conjonctive oculaire n'en restait pas moins entièrement à découvert. Il n'y avait évidemment, dans ce cas, rien à attendre des efforts de la nature ou d'un traitement médical quelconque. Restait seulement à savoir si l'art chirurgical pouvait quelque chose pour ce malade. M. France se décida à pratiquer l'opération à laquelle nous avons fait allusion plus haut, et voici comment elle fut exécutée : le malade, assis sur une chaise, la tête fixée sur la poitrine d'un aide, M. France saisit la paupière inférieure avec un tenaculum, immédiatement derrière le bord ciliaire, à un dixième de pouce environ d'une ligne fictive tirée le long du bord externe de la cornée (celle-ci regardant en avant et dans sa situation normale). Le bord ulcéré de la paupière fut ensuite tiré en avant, et, avec un bistouri, M. France aviva ce bord, depuis le point où était fiché le tenaculum jusqu'à la commissure externe; il se conduisit de même pour la paupière supérieure ; l'avivement comprenait le rebord de la muqueuse et de la peau, les orifices des follicules de Meibomius, les cils et leurs follicules. Dans la planche suivante,



les lignes ponctuées AB, AC, indiquent le trajet des incisions, et la ligne B, B, leur limite interne. La petite ligne, perpendiculaire à celle-ci, mesure la distance qui sépare le bord externe de la cornée des limites de la réunion Comme on le comprend, les surfaces avivées furent ensuite réunies par une suture continue ; on maintint ces sutures avec des bandelettes, et on plaça sur l'œil des compresses trempées dans de l'eau blanche froide. L'agglutination se fit rapidement par première intention, et en quelques jours on put voir ce qu'on avait obtenu de l'opération. La fente palpébrale raccourcie ne s'étendait plus

que de l'angle interne au bord de la réunion, et la paupière inférieure, soumise à l'action de l'élévateur de la paupière supérieure, solidaire de celle-ci, était plus étroitement appliquée contre le globe de l'œil; les larmes arrivaient ainsi plus facilement jusqu'aux conduits lacrymaux. La difformité était grandement diminuée, si elle n'avait pas entièrement disparu. La vision n'était nullement troublée, et le malade n'a eu qu'à se féliciter de cette ingénieuse opération. La seconde fois que M. France a pratiqué cette opération, c'est chez un homme de quarante-cinq ans, qui offrait une paralysie faciale datant de son enfance, avec renversement de la paupière inférieure en dehors, et conjonctivite chronique consécutive; il y avait en même temps paralysie partielle de la sixième paire et amaurose. La même opération eut le même succès que dans le cas précédent. Ce dernier fait est important, puisqu'il montre qu'on peut appliquer cette méthode opératoire aussi bien aux paralysies traumatiques de la paupière inférieure, qu'aux paralysies de la face avec ectropion, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause. (*The Lancet.*)

EMPOISONNEMENT *par le blanc de zinc, substitué à la céruse, dans la fabrication des couleurs.* Malgré les améliorations notables introduites, sur les avis réitérés du Conseil de salubrité, dans la fabrication de la céruse, cette fabrication n'en constitue pas moins encore une des industries les plus insalubres et les plus meurtrières. C'était un motif plus que suffisant pour encourager toutes les recherches qui auraient pour résultat de substituer à cette substance malfaisante l'emploi d'une substance que les ouvriers puissent manipuler sans danger. Aussi accueillit-on avec grande faveur dans le monde industriel, comme dans le monde savant, les efforts que fit M. Leclaire pour remplacer les sels de plomb par l'oxyde de zinc, substance sinon tout à fait innocente, du moins infiniment moins nuisible que le carbonate de plomb usité jusque-là. Toutefois, ce premier fait acquis, il restait encore à s'assurer jusqu'à quel point l'oxyde de zinc pouvait être dépourvu de dangers, et s'il n'y aurait pas quelques précautions à prendre dans l'emploi usuel et en grand de ce nouvel agent. Un de nos jeunes et savants chimistes, M. le docteur Flandin, a cherché à résoudre cette question par une série d'expériences sur des animaux. En appliquant de l'oxyde de zinc à une dose élevée par la méthode endermique sur des chiens (4 à 5 grammes de pommade composée de parties égales d'axonge et d'oxyde de zinc), il a vu ces animaux continuer à jouir d'une parfaite santé, tandis que la même dose de carbonate ou de sulfate de plomb, employé de la même manière, les fit promptement périr avec tous les symptômes de l'empoisonnement. Cette expérience, répétée un certain nombre de fois et toujours avec un résultat identique, semblait de nature à rassurer l'opinion sur les doutes qui pouvaient subsister encore à l'égard de l'innocuité du blanc de zinc. Cependant un événement malheureux, survenu à l'époque même où se faisaient ces expériences, est venu prouver à point qu'il ne fallait pas se hâter de conclure d'une manière aussi absolue, de ce qui s'était passé sur quelques animaux, à ce qui pouvait avoir lieu sur l'homme.

Ce fait est trop intéressant et pour la question hygiénique et industrielle à laquelle il se rattache, et pour l'histoire même des empoisonnements, pour que nous ne devions pas le rapporter dans tous ses détails. Le voici tel qu'il a été communiqué à l'Académie des sciences par M. le docteur Bonvier, qui l'a recueilli dans son service de l'hôpital Beaujon.

Obs. « Un homme âgé de quarante-deux ans, ouvrier tonnelier, entra le 19 avril dernier à l'hôpital Beaujon, en proie à tous les symptômes de la colique métallique. Cet homme avait été employé pendant les quinze jours précédents (depuis le 4), à une fabrique de blanc, avec cinq autres ouvriers tonneliers, à embariller l'oxyde de zinc, et à réparer des barriques qui avaient déjà contenu de cette substance, opération durant laquelle ils se trouvèrent continuellement dans une atmosphère de poussière de zinc. A dater de ce moment, ses camarades et lui commencèrent à ressentir des coliques et à éprouver de la répugnance pour les aliments; le vin et l'eau-de-vie qu'ils prenaient pour exciter leur appétit leur étaient désagréables et ne leur ôtaient pas le goût

pâteux qu'ils avaient constamment dans la bouche. Cet homme ne put pas continuer plus longtemps son travail. Il fut pris, le 14 du même mois (c'est-à-dire après dix jours de travail), de vomissements, de coliques violentes, accompagnées de constipation, qui persistèrent et même augmentèrent d'intensité jusqu'au moment de son entrée, au point qu'à plusieurs reprises ce malheureux se roulait à terre dans sa chambre. Le jour de son entrée, il continua de vomir et d'éprouver de vives douleurs abdominales. La matière des vomissements était bilieuse ou formée par les aliments, qui étaient rejetés aussitôt qu'ingérés. Point de garderobes depuis cinq jours. Le ventre était, du reste, assez naturel, la langue blanchâtre, l'appétit nul; point de fièvre, insomnie. — Le lendemain, 20 avril, la constipation fut vaincue par 60 grammes de sulfate de magnésie et par le lavement purgatif des peintres. du traitement dit de la Charité. Des évacuations assez nombreuses et l'administration de 15 centigrammes d'opium furent suivies de la cessation des vomissements et de la diminution de la douleur. Bref, après avoir pris, jusqu'au 26 avril, de 40 à 80 centigrammes de gomme-gutte par jour, des lavements réitérés et des bains alternativement sulfureux et savonneux, le malade entra en convalescence et sortit guéri le 4 mai.

D'après le récit du malade et les symptômes ci-relatés, il n'y avait point à mettre en doute que cet homme n'eût une véritable colique de zinc. Toutefois, afin de s'assurer par une épreuve directe que c'était bien effectivement à l'oxyde de zinc qu'il fallait attribuer cette sorte d'empoisonnement, M. Bouvier fit recueillir par un lavage les particules métalliques dont le corps de cet homme était couvert, et les fit analyser. L'analyse rencontra effectivement dans l'eau de lavage l'existence d'une notable quantité de zinc. — Personne assurément ne voudra conclure de ce fait que l'oxyde de zinc soit aussi nuisible que le blanc de plomb, et qu'il n'y ait aucun avantage dans la substitution proposée : mais on sera tout au moins forcé d'en tirer cette conclusion beaucoup plus réservée, que le blanc de zinc, évidemment moins toxique que la céruse, n'est pourtant pas entièrement innocent, et que son emploi exigera une surveillance et des précautions dont on ne saurait se départir sans danger pour la santé des ouvriers. (*Compte-rendu de l'Académie des sciences*, mai 1850.)

IODE (*Influence de l'*) *administré pendant la grossesse sur le développement du fœtus.* Nous avons publié récemment un travail de M. Depaul, dans lequel cet honorable confrère propose de soumettre à des saignées répétées et à une diète rigoureuse les femmes enceintes affectées de vices de conformation du bassin, dans le but de modérer la croissance du fœtus et de l'empêcher d'acquérir un volume capable de s'opposer à son passage à travers les détroits rétrécis. M. Delfrayssé, dans un travail qu'il vient d'adresser à l'Académie des sciences, propose de substituer à cette méthode, qui lui paraît passible de plus d'une objection, l'emploi de la médication iodée-iodurée au sixième ou septième mois de la grossesse. Voici la formule qu'il propose :

Iode pur...............	1 gramme.
Iodure de potassium. .	2 grammes.
Eau distillée..........	30 grammes.

Cette solution sera prise pendant les deux derniers mois de la gestation, à la dose de six à huit gouttes par jour dans un demi-verre d'eau sucrée, une heure au moins avant le repas. L'iode, en vertu de ses propriétés fondantes, diminue et affaiblit la nutrition de l'utérus et par suite celle du fœtus qu'il renferme. Du septième au neuvième mois, la croissance de l'enfant s'arrête sous l'influence de cette médication, sans qu'on ait rien à redouter pour sa vie ni pour sa santé. M. Delfrayssé, après avoir expérimenté l'emploi de ce moyen sur quelques femelles d'animaux, l'a essayé chez la femme. Voici les deux observations qu'il rapporte à l'appui de son assertion.

Obs. I. Une dame C..., un peu goîtreuse, avait eu trois enfants mort-nés dans l'espace de cinq années; la naissance des deux premiers fut des plus laborieuses, et l'art fut obligé d'intervenir à l'aide du forceps. L'expulsion du troisième enfant fut provoquée au septième mois de la grossesse, et la délivrance s'opéra sans difficultés, parce qu'il était moins gros que les deux autres. Néanmoins il mourut quel-

ques instants après l'accouchement. Le bassin de cette dame offrait un rétrécissement remarquable dans son diamètre antéro-postérieur, qui n'avait pas 8 centimètres d'étendue.

L'expulsion d'un fœtus à terme et d'une grosseur ordinaire ne pouvait donc s'effectuer sans un très-grand danger pour sa vie, et M. Delfrayssé résolut de soumettre cette dame à l'usage de l'iode pendant les deux derniers mois de la gestation. Dans ses grossesses subséquentes, qui furent au nombre de deux, elle prit chaque matin six, et plus tard huit gouttes de la solution formulée plus haut; et des deux enfants qu'elle mit au monde, l'un pesait 728 grammes de moins que les premiers, et l'autre, qui était une fille, 734. Ils offraient, du reste, le volume et le poids de celui qui fut expulsé au septième mois de la grossesse; leur naissance fut spontanée, comme celle de ce dernier. Mais, plus heureux que lui, ils naquirent vigoureux et bien portants; leur mère n'en éprouva non plus aucune espèce de dérangement, si ce n'est que les mamelles se développèrent moins que dans les grossesses précédentes, et que son embonpoint parut diminuer un peu.

Obs. II. La dame V... accoucha quatre fois, avec de très-grandes difficultés, dans l'espace de quelques années, et aucun de ses enfants ne put être amené vivant. A un cinquième accouchement, tout aussi malheureux, M. Delfrayssé s'assura de l'existence d'un rétrécissement du bassin. Une sixième grossesse étant survenue, M. Delfrayssé prescrivit, du septième au neuvième mois, six gouttes de la solution d'iode; l'accouchement eut lieu au terme ordinaire, et donna un enfant robuste et bien constitué, quoiqu'il pesât 1,250 grammes de moins que ses aînés. Il vint au monde sans le moindre accident, et jouit aujourd'hui d'une santé et d'une constitution vigoureuses. Ces faits tout intéressants qu'ils soient, ont besoin d'être multipliés encore pour mettre la proposition de M. Delfrayssé hors de toute contestation.

PERCUSSION AUSCULTATOIRE (*Nouveau moyen d'exploration des organes thoraciques et abdominaux.* M. le docteur Roger a appelé récemment l'attention des médecins sur un procédé d'exploration dans lequel la percussion et l'auscultation sont combinées de manière à obtenir un degré de précision que ni l'un ni l'autre de ces procédés, pratiqué isolément, n'est susceptible de donner. Ce procédé, déjà signalé par Laënnec, consiste à se servir d'un cylindre en bois de cèdre plein, appliqué d'un côté sur l'oreille et de l'autre sur la partie que l'on veut explorer, tandis qu'une personne bien exercée à la percussion pratique celle-ci autour du stéthoscope et dans toute l'étendue de la région soumise à l'exploration. A l'aide de ce procédé, on parvient à constater d'une manière mathématique, et avec l'aide d'aiguilles implantées dans les tissus, non-seulement les limites d'un organe, du cœur, du foie, de la rate ou des veines, par exemple, mais encore exactement celles des différentes cavités qui contiennent ces organes. — Ce procédé, à côté de ses avantages incontestables, a deux inconvénients sérieux, que M. Roger lui-même ne s'est pas dissimulés; ce sont, d'une part, l'habitude qu'il exige pour en apprécier les résultats. (Il a fallu six semaines d'exercice à M. Roger pour acquérir cette habitude.) Et, d'autre part, la difficulté d'introduire dans la pratique civile, et surtout dans la pratique des campagnes, un procédé d'exploration qui exige le concours de deux personnes. Ces inconvénients s'opposeront toujours à ce que ce procédé puisse devenir usuel. Aussi n'est-ce qu'à titre de procédé exceptionnel, et applicable seulement aux cas d'un diagnostic difficile, et qui exigent une grande précision pour l'application rationnelle des moyens thérapeutiques, que nous le signalons et le recommandons, à notre tour, aux praticiens. (*Comptes-rendus de la Société médicale des hôpitaux*, avril 1850.)

VARIÉTÉS.

LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE EXCLUT-ELLE L'ÉTUDE DES LETTRES ET DE LA PHILOSOPHIE ?

(Suite et fin) (1).

Mais il est un autre point, cher confrère, sur lequel j'appelle votre attention, et qui prouve l'importance, la nécessité de ces études littéraires, qu'on affecte ensuite de négliger et même de dédaigner. On se contente d'être praticien, on se borne à ce rôle, qui est d'ailleurs fort honorable. Il arrive pourtant quelquefois qu'on a le désir de transmettre aux autres ce qu'on a vu et observé, ce qu'on a conçu et exécuté; en un mot, d'apporter aussi son *contingent d'idées* à la masse commune : c'est alors qu'on veut faire un livre, un mémoire, un ou quelques articles de journal. Mais la plume, croyez-le bien, est un instrument plus difficile à manier qu'on ne l'imagine. Si, de bonne heure, on ne s'est habitué à rendre ses pensées, si l'un est resté confiné dans cette *pauvreté* logique, issue d'une éducation manquée, soyez sûr que vos observations, vos idées, vos travaux, votre livre, ne frappant que très-faiblement l'attention du lecteur, ne tarderont guère à être engouffrés, et sans retour, dans l'eau noire de l'oubli. Il y a plus, c'est qu'un autre, plus habile dans l'art d'écrire, pourra s'emparer de vos idées, les faire valoir à son profit. Que d'exemples ne pourrait-on pas citer à l'appui de cette assertion! Posséder à un haut degré ce don de lucidité si précieux dans les sciences, cette puissance de logique vivifiante, qui ordonne pour ainsi dire aux faits de parler, d'avoir un sens, de révéler ce qu'ils contiennent de vérités, appartient évidemment à une intelligence très-exercée, bien plus encore si l'on veut se hasarder dans la haute région des *à priori*. La science des choses tient beaucoup plus qu'on ne croit à celle des mots; bien connaître la valeur de ceux-ci démontre qu'on a parfaitement saisi la valeur des premières. Ainsi, quiconque se mêle d'écrire avec la prétention d'être lu, prétention tout à fait légitime, doit donc avoir l'habitude, la facilité d'exprimer ses idées et ses opinions; le défaut contraire se remarque tout aussitôt chez ceux qui, ayant négligé, par circonstance ou volontairement, les études littéraires, essayent ensuite de *faire de la prose sans le savoir*. Alors, tantôt le style est lourd, pesant, fastidieux, ayant cette fade vulgarité, ce langage plat et nauséabond, qu'on appelle simplicité; tantôt il est redondant, diffus, obscur, véritable *cæcum* qui n'aboutit à rien : on dirait, passez-moi la comparaison, que l'aiguille de l'esprit, mal dirigée, flotte sans cesse dans sa mobilité comme une boussole affolée par un courant électrique. Comment ne pas comprendre que pour s'adresser à la foule, pour captiver l'attention du lecteur, il ne suffit pas de nos jours d'être savant, d'être bon praticien? Il faut être écrivain, et on le devient uniquement par l'instruction première, qui consiste dans le *nécessaire* de la vie intellectuelle, et celle-là conduit ensuite à l'instruction médicale et professionnelle, qui achève de donner ce que l'homme de l'art doit posséder pour sa vocation, pour son état et sa position dans le monde.

(1) Voir la livraison du 30 avril, page 376.

Vous n'ignorez pas, d'ailleurs, cher confrère, que les hommes qui ont le plus dominé, maîtrisé notre science, ont été remarquables par la force du raisonnement, par la vigueur et l'éclat de leur style ! Imaginez-vous Broussais, qui, ayant profondément conçu, médité ses opinions, ses principes, son système, les eût ensuite publiés revêtus d'un style incorrect, blafard, insipide et incolore. Quel effet eût-il produit sur l'esprit des médecins ? pas le moindre à coup sûr, et son influence eût été absolument nulle. Mais le médecin du Val-de-Grâce, très-instruit dans les lettres et la philosophie, s'y prit plus habilement ; une diction pleine de verve et de chaleur, des expressions pittoresques, hardies même, cette sorte de polémique passionnée qui agite, qui impressionne, qui va en quelque sorte saisir et dompter la conviction au fond de l'intelligence du lecteur, telle fût son arme la plus puissante, qui lui valut l'empire qu'il exerça en médecine, empire qui n'est pas aussi complétement détruit qu'on l'imagine. La diète et les sangsues ne sont pas tellement tombées en défaveur que ceux qui se disent exclusivement praticiens n'y aient recours plus qu'ils ne devraient, nouvelle preuve que les hommes à idées mènent ceux qui n'ont que les faits pour eux. Vous voyez, cher confrère, que les lettres et la philosophie ont un incontestable degré d'utilité pour un médecin, même quand on est enfin possesseur de son diplôme, même quand on aspire à être un grand praticien, bien que ce soit souvent *vanitas vanitatum*.

Mais voici la grande, la suprême objection : quand on est livré à la pratique, on n'a guère le temps ni les forces de penser à de semblables occupations, elles ne conviennent qu'à des oisifs. Il y a bien des réponses à faire à cette objection ; essayons de résumer les principales. D'abord, il ne s'agit pas d'un culte exclusif, de s'envelopper de la docte poussière d'un érudit : il faut être médecin avant tout, puisqu'on en a reçu les nobles insignes ; mais il est d'une haute importance d'entretenir la force de l'esprit, de l'alimenter sans cesse par de nouvelles connaissances. Croyez bien, je le répète, qu'on en deviendra meilleur praticien, et praticien plus estimé dans les classes instruites de la société ; car, ainsi que l'observe Vicq-d'Azyr, « on est toujours étonné de voir des gens auxquels, par une singulière méprise, on refuse du savoir ou de l'esprit, en louant leur expérience. » Dans l'exercice de la médecine il y a toujours des loisirs, et des loisirs plus prolongés qu'on ne voudrait. Eh bien ! qu'on les consacre aux charmes de l'étude ; qu'on renonce à la folie de cette oisiveté turbulente qui constitue la vie, les plaisirs mondains, et le temps ne manquera pas. Ce sont les forces, dira-t-on ; qu'on ait seulement le goût, l'aptitude à ce genre d'études, et les forces ne manqueront pas davantage. Qui n'a pas vu certains médecins soigner quelques malades, les voilà aussitôt fatigués, accablés, énervés au physique comme au moral. Que ce jeu soit calculé ou non, il n'en est pas moins absurde. Pourtant il arrive parfois que la foule accourt et qu'il y a *turba clientum :* alors prenez garde pour la santé du corps, pour la santé de l'esprit ; il est d'expérience qu'il y a danger à mordre trop tôt et trop fortement à l'hameçon d'or de la fortune ; au bout de longues années que reste-t-il ? des travaux nuls, un nom oublié, une réputation éteinte ; seulement quelques écus qui font la gloire et la joie d'héritiers fort *reconnaissants*. Quand un vieux praticien de la capitale disait en soupirant : *j'ai trente ans de Paris sur le corps et ce pavé-là use bien un homme*, il avait raison à son point de vue, toujours vulgaire, tou-

jours routinier, et nullement quand on veut exercer la profession, à l'exemple de certains hommes, avec cette élévation de caractère qu'on a bien rarement en abandonnant d'une manière absolue les lettres, les sciences et la philosophie. Sans doute les praticiens qui exercent la médecine dans les campagnes n'ont pas la même facilité que dans les villes, indépendamment des fatigues, plus considérables; et cependant, quand le goût de l'étude est inné chez eux, ils trouvent encore le moyen de le satisfaire, et je pourrais vous en citer des exemples très-notables de nos jours.

Maintenant, cher confrère, si vous voulez des exemples de médecins à grande clientèle et qui ont conservé toute leur vie le goût des lettres ou des arts, soyez sûr que je ne suis embarrassé que du choix : de Haën, Van Swieten, bibliothécaire de Marie-Thérèse, Stoll, Stoërck, praticiens très-employés, ont été constamment fidèles au culte des lettres. Le goût passionné de Boërhaave pour la musique l'a-t-il empêché d'être, dans son temps, le plus grand médecin de l'Europe? Haller a fait des poésies qui ont eu vingt-deux éditions, il a même publié un roman (Usong), et il n'en est pas moins le plus grand des physiologistes. En Italie, Baglivi, Malpighi, Morgagni, Moscati, Cotugno, ce dernier si enthousiaste de musique et l'ami de Cimarosa, ont été des praticiens célèbres. Plus près de nous, Scarpa, l'illustre chirurgien, était non-seulement très-lettré, car pour se délasser il lisait souvent à haute voix les comédies de Plaute, mais il était un amateur distingué de tableaux; lui-même dessinait la plupart des objets qu'il donnait ensuite à graver à son ami et célèbre graveur Anderloni. Mead, le médecin de Newton, Sydenham, Arbuthnot, l'ami de Pope, Brown, Cullen, savaient écrire d'une manière très-remarquable. Garth, Armstrong, Akenside, Darwin ont été médecins praticiens, quoiqu'ils aient publié des poëmes célèbres. Tout récemment, le chirurgien Charles Bell était un dessinateur très-distingué, il aimait la peinture avec une prédilection toute particulière. En France on trouve qu'Ambroise Paré, si appelé de toutes parts, a commencé à écrire à vingt-huit ans et qu'il ne finit qu'à soixante-treize. Les médecins Fernel, Guy-Patin, Riolan, Dodart, etc., avaient autant de réputation comme savants que comme médecins, et leur pratique était fort étendue. Plus tard on trouve que Lieutaud, Chirac, Geoffroy auteur d'un excellent poëme latin sur l'hygiène, Lorry, Bordeu, Astruc, Bosquillon, Barthez qui a fait un traité *Du beau*, etc., ont été à la fois des praticiens et des auteurs renommés. Quand la chirurgie eut reconquis son rang au moyen des études littéraires, J. L. Petit apprit le latin à l'âge de quarante ans. Morand, Ledran, Lecat qui entre autres ouvrages a fait un *Traité des cinq sens*, La Peyronie, son ami, Houstet, Fabre, Hévin, Quesnay, Louis qui a tant écrit, même un traité sur *l'âme*, ont été remarquables sous le rapport des lettres comme sous celui de la pratique chirurgicale. N'oublions pas non plus l'illustre Sabatier, très-bon musicien, faiseur de chansons, néanmoins auteur de bons mémoires et de *la Médecine opératoire*; et cet excellent M. A. Petit, de Lyon, qui nous a laissé de remarquables morceaux de poésie, de littérature, en y comprenant son célèbre *Discours sur la douleur*. Tous ont aimé les lettres, quelques-uns ont cultivé les arts, et tous ont été des praticiens très-occupés. Vous sentez bien, mon cher confrère, que je ne fais ici qu'effleurer ce vaste et intéressant sujet.

Il est cependant un point que je ne veux pas passer sous silence. C'est que beaucoup de médecins, en raison de leurs goûts, ont rendu d'éminents ser-

vices aux arts. Pour abréger, je n'en citerai qu'un petit nombre d'exemples. Ainsi, n'est-il pas heureux pour Paris et même pour la France que Claude Perrault ait eu un penchant marqué pour l'architecture? Sans ce génie comme d'instinct, puis d'application, nous serions privés du plus beau monument de la capitale; ce qui n'empêchait nullement ce médecin illustre de voir des malades, de faire des leçons au Jardin des Plantes, car il mourut par suite de la dissection d'un chameau en putréfaction. C'est au docteur Gibbons, Anglais, que l'on doit l'usage des meubles d'acajou; c'est lui qui, le premier, en fit faire un bureau avec des madriers abandonnés dans son jardin et que lui avait envoyés, pour tout autre objet, son frère, commandant un navire dans les Indes. En 1793, lors du régime affreux de la Terreur et des ravages des anciens monuments, ce fut le docteur Boisset, médecin de Châlons-sur-Saône, qui préserva de la destruction le célèbre monument sépulcral d'Abélard. Ce monument avait passé du prieuré de Saint-Marcel dans une ferme où il était destiné à des *usages domestiques* (peut-être des auges à cochons); le docteur Boisset l'acheta et le fit placer dans son jardin; depuis il en fit don au musée des monuments français.

Vous le voyez, mon cher confrère, on peut être praticien et mettre la plume à la main, travailler à de bons livres dans son *cabinet*; on peut être même praticien sans négliger les lettres, les arts ou la philosophie, sans les regarder comme des objets de luxe. Loin de les abandonner, je dirai, au contraire, et je répéterai aux praticiens : ne renoncez jamais à ces belles connaissances, elles sont comme la beauté, comme le couronnement des études médicales; elles jettent de l'éclat sur notre profession; ainsi, au nom de son honneur, au nom de sa dignité, du rang qui lui est dû, préservez-vous, défendez-vous, gardez-vous du sommeil de l'esprit.

Reveillé-Parise.

La Société de pharmacie, dans une des premières séances de cette année, avait décidé qu'une Commission prise dans son sein ferait, auprès du ministre de l'instruction publique, une démarche tendant à réclamer une nouvelle édition du *Codex*. La dernière Pharmacopée a été publiée il y a treize ans, et l'on sait que les progrès de la science pharmacologique depuis 1837 ont rendu cet ouvrage insuffisant. Si la Pharmacopée officielle est pour l'administration un moyen d'ordre et de surveillance, il ne faut pas que ce motif empêche la pratique médicale de profiter des modifications heureuses que chaque jour apporte. C'est pourtant ce qui existe : les tribunaux condamnent comme remède secret tout médicament non prescrit au Codex. Or, depuis 1837, depuis la dernière édition du Codex, de nombreuses préparations dignes d'intérêt ont été introduites dans la pratique, et sont devenues d'un emploi journalier. Cependant les pharmaciens qui les préparent peuvent être poursuivis.

Quelque nombreuses que fussent les éditions du Codex et même celles de fascicules additionnels, ils ne sauraient être assez fréquents pour mettre les pharmaciens à l'abri du vice de la législation qui régit la vente des médicaments. Il n'y avait qu'un seul moyen de mettre fin à un semblable état de choses, et le gouvernement vient de l'adopter en publiant le décret suivant :

« Les remèdes qui auront été reconnus nouveaux et utiles par l'Académie nationale de médecine, et dont les formules, approuvées par le mi-

nistre de l'agriculture et du commerce, conformément à l'avis de cette compagnie savante, auront été publiées dans son Bulletin, avec l'assentiment des inventeurs ou possesseurs, cesseront d'être considérés comme remèdes secrets. Ils pourront être, en conséquence, vendus librement par les pharmaciens, en attendant que la recette en soit insérée dans une nouvelle édition du Codex. »

Nous félicitons sincèrement l'Académie de médecine du service éminent qu'elle vient de rendre à la pharmacie, car c'est sur l'avis de cette savante compagnie que ce décret a été rendu.

Sur la proposition du ministre de l'agriculture et du commerce, ont été nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur, en considération des services qu'ils ont rendus et du dévouement dont ils ont fait preuve pendant la durée du choléra : *officiers*, M. Sue à Marseille; *chevaliers*, MM. Madin à Verdun, Marion de Procé à Nantes, Mignet à Paris, Mollet à Brest, Ollivier à Arpajon, Petit à Pont-Saint-Pierre, Picard à Sésanne, Robin-Rigollot à Saint-Vinnemer, Tessereau à Paris, Aliès à Luxeuil, Augouard à Paris, Charrier à Chaillé-les-Marais, Phillippaux à Paris, Duparcque à Paris, Cordier à Paris, Duplanty à Saint-Ouen, Golfin, professeur à Montpellier, Jubin à Champigné, Jodin à Paris, Girard à Marseille, Boussenard à Paris, Roberty à Marseille, Perrochaud à Boulogne-sur-Mer, Duval à Paris, de Meschinet à Niort.

D'après un médecin anglais, M. R. Cheyne, la glycérine aurait la propriété de conserver intact, pendant plusieurs mois, le virus vaccin. Il suffit de plonger dans une solution de glycérine un tube de verre et de toucher le vaccin avec le tube. La glycérine, qui a la propriété de rester liquide à la température ordinaire, qui n'est ni cristallisable, ni disposée à fermenter, qui est antiseptique d'une manière très-marquée, et qui se mêle facilement au fluide que l'on veut conserver, maintient le vaccin dans un état mucilagineux, l'empêche de se dessécher et ne lui ôte rien de ses propriétés préservatrices.

Il s'est déroulé devant la haute Cour de justice d'Edimbourg un procès qui rappelle à beaucoup d'égards le procès qui eut lieu il y a peu d'années à Paris, et qui a entraîné la condamnation de plusieurs jeunes gens qui s'étaient fait une industrie de la vente des diplômes. Un certain W. Duncan, qui avait été déjà poursuivi pour avoir exercé illégalement, finit par se procurer un diplôme, qu'il eut l'impudence de montrer. Ce diplôme était daté du 4 décembre dernier, et comme ce même jour Duncan avait été vu à Amble, dans le Northumberland, des poursuites furent commencées tant contre lui que contre son assistant, Cuming, qui avait été passer les examens à sa place. Le fait a été parfaitement établi pour ce dernier, qui a été condamné à un an de prison; quant à Duncan, il a été acquitté, parce que sa participation n'a pas été directement prouvée.

Une fraude d'une audace bien grande vient d'être découverte en Angleterre : d'après M. J. Morson, plusieurs centaines d'onces d'hydrochlorate de morphine adultéré par le sucre ont été vendues à Londres. Les analyses faites par MM. Morson et Marfaton sur quelques échantillons de ce sel ont démontré qu'il s'en trouvait qui contenaient la moitié de leur poids de sucre.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE LA PONCTION OMBILICALE DANS L'ASCITE; ACCIDENT NON PRÉVU PAR LES AUTEURS (hernie de l'épiploon).

Par M. le professeur Forget (de Strasbourg).

Les rares succès attribués au traitement chirurgical des hydropisies, succès dont nous-même pourrions produire quelques exemples, ne peuvent entrer en compensation avec les accidents graves et fréquents qui en sont la suite. Cette sentence, acceptée par la plupart des praticiens modernes, fut sanctionnée, il y a bientôt deux siècles, par ces paroles de l'illustre Sydenham : « La ponction et les scarifications ne sont, à mon avis, ni plus utiles ni moins dangereuses que les vésicatoires. » (Méd. prat.)

Nous n'employons que très-rarement le vésicatoire, parce qu'il occasionne le plus souvent des plaies inguérissables et qui parfois passent à la gangrène.

Nous n'usons des scarifications qu'à la dernière extrémité, car nous en avons vu résulter les mêmes effets que des vésicatoires. Cependant elles produisent, dans certains cas, des résultats prodigieux, mais momentanés, et nous avons, dans un de nos résumés de clinique, rapporté l'histoire d'un malade arrivé à la dernière période de l'agonie, que les scarifications ressuscitèrent comme par miracle. (Clinique médic. 1842.)

Quant à la paracentèse abdominale, nous savons tous combien fréquemment elle donne lieu à des accidents mortels, notamment à la péritonite ; aussi ne pratiquons-nous cette opération qu'à notre corps défendant, et alors que la distension de l'abdomen devient intolérable ou occasionne l'imminence d'asphyxie. Nous avons cependant observé, il y a quelques années, un cas de guérison radicale d'ascite par péritonite chronique, à la suite de la ponction.

Le cas échéant, les praticiens français sont d'accord pour donner la préférence à la ponction sur les côtés de l'abdomen dans l'ascite, quel que soit, du reste, le point dont on ait fait choix. Cependant les chirurgiens anglais préfèrent, dit-on, la ponction sur la ligne médiane. Quant à la ponction de l'ombilic distendu par le liquide, tous les auteurs en parlent sans la désapprouver formellement, ou bien ne lui prêtent que des inconvénients imaginaires et peu graves dans tous les cas, si bien que, jusqu'ici, nul motif ne s'opposait formellement à la pratique de cette opération, et nous allons voir qu'un observateur distingué

de notre temps, Ollivier (d'Angers), lui donne explicitement la préférence.

« On trouve dans les auteurs, dit Boyer, un assez grand nombre d'ascitiques qu'une ouverture survenue spontanément à l'ombilic, ou faite accidentellement, a guéris radicalement de leur maladie. L'ombilic, lorsqu'il présente une tumeur plus ou moins volumineuse, circonscrite, transparente et avec fluctuation..., l'aine..., le vagin..., le rectum, sont autant d'endroits où l'on a pratiqué ou conseillé de pratiquer la paracentèse...; mais, par des raisons que l'on conçoit trop bien pour qu'il soit nécessaire de les rapporter, on a renoncé à faire ces opérations dans ces différents endroits. » (Malad. chirurg., t. VIII, p. 408-411.)

L'auteur classique qui expose le plus en détail les inconvénients de la ponction ombilicale est Sabatier : « Si, dit-il, l'extension que souffrent les parois du ventre a donné lieu à l'élargissement du nombril, et que les eaux aient donné naissance à une tumeur plus ou moins élevée, il semble que, la peau et le péritoine étant les seules parties à percer, la ponction faite à cet endroit doive être moins douloureuse et réussir également bien. Aussi presque tous les auteurs en ont-ils donné le conseil. Cependant Heister ne trouve pas que cette méthode soit avantageuse, par la raison que les plaies de cette partie guérissent difficilement, et qu'on ne peut procurer la sortie des eaux qu'en faisant mettre le malade dans une position incommode. Morgagni pense de même : il paraît craindre que la petite ouverture ne permette aux eaux de sortir du ventre pendant un temps trop long...; mais cette circonstance, loin de nuire au malade, pourrait lui être utile, etc. » (Méd. opérat., t. II, p. 476.) Ainsi, point d'autres inconvénients que la difficulté probable de la cicatrisation et de l'écoulement des eaux, inconvénients que ne reconnaît pas Ollivier dans son travail *sur la paracentèse dans l'ascite compliquant la grossesse*. Chez le sujet dont il rapporte l'histoire, l'ombilic formait une saillie remarquable ; la tension et le peu d'épaisseur des téguments dans cette partie déterminèrent à employer simplement la lancette qui fut enfoncée à la même profondeur et de la même manière que pour pratiquer une saignée, à la partie moyenne et inférieure de la tumeur.

« L'adhérence entre l'ombilic et une anse d'intestin, ajoute Ollivier, serait la seule contre-indication. Le développement de l'abdomen éloigne l'intestin de la paroi antérieure de l'abdomen ; la minceur de l'ombilic s'oppose à ce que le liquide s'infiltre dans les parois. En incisant à la partie inférieure et moyenne, on ne peut blesser la veine ombilicale ; la plaie se cicatrise promptement d'elle-même... Une femme hydropique se faisait elle-même la ponction ombilicale avec une plume à

*

écrire ; la cicatrisation s'opérait promptement à chaque fois... Lorsqu'il n'y a pas complication d'exomphale et que l'ombilic est proéminent, *nul doute que la ponction ombilicale ne soit préférable aux autres.* » (Archiv. génér. de méd., t. VI, p. 178.)

Le *Dictionnaire* en vingt-cinq volumes (art. *Paracentèse*) reproduit exactement les doctrines des auteurs précédents.

Un des traités les plus récents de médecine opératoire, celui de M. Vidal (de Cassis), s'exprime ainsi au sujet du lieu d'élection de la paracentèse : « On fait la ponction dans le milieu d'une ligne qui irait de l'épine iliaque antérieure supérieure gauche à l'ombilic..... M. Ollivier préfère l'ombilic... ***En général, il faut choisir le point où le liquide fait le plus de saillie et là où la fluctuation est le plus sensible.*** »

Enfin, M. Sédillot, dans sa Médecine opératoire, dit positivement : « Lorsque le nombril fait saillie et que la peau y est amincie, c'est là que l'on opère. » (p. 689).

Donc, la ponction ombilicale n'a probablement aucun des inconvénients que quelques auteurs lui ont supposés, tels que le défaut de cicatrisation, l'hémorrhagie, la perforation intestinale, etc. Mais, en revanche, nous venons d'en constater un autre non moins grave que les précédents, et que les auteurs n'ont pas prévu : c'est la hernie de l'épiploon et ses funestes conséquences. Je n'avais eu, pour ma part, aucune occasion, jusqu'à ce jour, de pratiquer la ponction ombilicale, ou du moins j'avais toujours résisté à la tentation de ponctionner l'ombilic dans les cas assez fréquents où il s'était offert aminci, transparent, parfois comme sur le point de se rompre. J'étais retenu, moi aussi, par la crainte que ces téguments si minces fussent impropres à la cicatrisation, crainte chimérique, ainsi qu'on l'a vu, et que nous l'avons éprouvé nous-même. Cependant j'ai cédé à l'occasion du fait qui va suivre, et où le succès qui avait couronné mes deux premières opérations ne me permettait pas de prévoir la catastrophe qui vint m'affliger à la troisième. Voici ce fait :

Une femme de quarante-sept ans, d'assez bonne constitution, journalière, entre à la Clinique le 26 août 1849 ; elle a cessé d'être réglée il y a trois ans ; elle s'était toujours bien portée lorsque, il y a huit mois, elle s'aperçut que son ventre augmentait de volume, sans que, du reste, elle éprouvât aucune autre indisposition. Ce gonflement croissant la força d'entrer à l'hôpital, il y a quatre mois ; elle en sortit à peu près débarrassée de son ascite, laquelle reparut bientôt. Puis les jambes s'infiltrèrent, la respiration devint pénible, ce qui l'obligea de nouveau à réclamer nos soins.

Facies amaigri, abdomen volumineux, fluctuant. On constate dans le flanc gauche une tumeur considérable formée par la rate hypertrophiée; cependant la malade affirme n'avoir jamais eu de fièvre intermittente; œdème des extrémités inférieures, peau sèche, pouls petit, sans fréquence; rien du côté du cœur; dyspnée, quelques râles pulmonaires; urines rares, non albumineuses; digestion normale. (Chiendent, avec acétate de potasse 20,00; frictions de solution de scille et de digitale. Potages.)

Le 1er septembre. L'ascite et la dyspnée faisant des progrès, la malade réclame la ponction avec instance. Le trocart plongé sur la ligne blanche, à six centimètres au-dessous de l'ombilic, donne issue à douze litres de sérosité citrine. (Pilules de scille et de nitre, infusion de baies de genièvre.)

Le 21. L'ascite a repris ses proportions premières. Ponction au lieu d'élection sur le côté droit de l'abdomen, pour éviter la rate. (Aloès, gomme-gutte et savon médicinal, parties égales; faire des pilules de 20 centigrammes; deux pilules matin et soir.) Selles liquides.

Le 3 octobre. L'épanchement s'est reproduit; l'ombilic est saillant, mince, transparent; j'y pratique la ponction avec la lancette, la ponction par le trocart étant impossible, vu la mollesse de la tumeur qui fuit sous l'instrument. On obtient environ huit litres de sérosité. Le lendemain, l'ouverture est cicatrisée. (Potion avec infusion d'herbe de digitale, 2 grammes dans 100 grammes d'eau édulcorée.)

Le 19. Une nouvelle ponction devient nécessaire; elle est encore pratiquée sur la tumeur de l'ombilic. La cicatrisation s'opère aussi promptement que précédemment. Le lendemain, nous remarquons avec étonnement que la tumeur de l'ombilic, au lieu d'être mince et molle, st dure, opaque, sans changement de couleur à la peau, et comme remplie par un corps solide. Cet état disparaît les jours suivants.

Nous essayons la gomme-gutte à haute dose, récemment préconisée. Du 24 octobre au 11 novembre, nous la portons successivement de 20 centigrammes à 1 gramme 50 centigrammes. Pendant ces dix-huit jours, les selles ont varié de quatre à dix; il n'y a donc pas eu tolérance. L'ascite se reproduit et persiste. On suspend la gomme-gutte pour administrer la limonade nitrique qui est mal supportée; puis l'acétate de potasse liquide, de 4 à 15 grammes dans une potion. L'ascite augmente toujours.

Le 21 novembre. Les genoux sont affectés d'hydarthrose considérable, les poignets sont douloureux (teinture vineuse de semences de colchique, de 2 à 4 grammes en potion); diarrhée; la malade s'affaisse sensiblement.

Le 27. La ponction est de nouveau réclamée. Pour la troisième fois on la pratique à l'ombilic. Je confie cette petite opération à mon aide de clinique. Le liquide ne sortant pas librement, la lancette est plongée une seconde fois, sans agrandir sensiblement l'ouverture qui n'offre pas un centimètre d'étendue verticale ; le liquide s'écoule comme d'ordinaire.

A la visite du lendemain, la malade nous montre son ombilic, d'où sort un appendice rougeâtre, comme fongueux, du volume et de la forme d'une grosse olive, que nous reconnaissons être formé par l'épiploon hernié. Nous apprenons que la veille, après l'écoulement du liquide, cette tumeur s'est présentée et a grossi graduellement. Je fais immédiatement des tentatives de réduction ; mais je refoule en vain profondément l'ombilic, qui fuit sous la pression. La petite tumeur est comme étranglée. Nous nous consultons alors sur ce qu'il faut faire : l'abandon au dehors, le débridement, la ligature et l'excision, s'offrent simultanément à notre esprit. Nous avions vu notre savant ami, M. Vidal (de Cassis), abandonner au dehors des épiplocèles irréductibles ; mais nous pensâmes qu'ici ce ne serait pas sans danger, l'inflammation devant se propager au dedans (prévision que nous verrons se réaliser), et la fixation de l'épiploon à l'ombilic devant occasionner de graves accidents lorsque les parois abdominales viendraient à se distendre de nouveau. Quant au débridement, nous craignions d'augmenter les chances d'éventration. La ligature fut mentalement repoussée de prime abord, comme pouvant entraîner de fâcheuses conséquences. L'excision (Méthode de Roger) nous parut préférable aux moyens précédents. Ce n'est pas que nous ne craignissions l'hémorrhagie ; mais la tumeur explorée ne nous parut pas contenir de vaisseaux considérables ; d'ailleurs nous ferions la ligature. Je préférai les ciseaux au bistouri, et j'excisai d'un seul coup la petite tumeur au ras des téguments. Aussitôt un jet de sang assez volumineux se produisit. Nous fûmes obligé de tirer au dehors une portion de l'épiploon pour cher cher l'orifice de l'artériole ; nous ne pûmes le découvrir, malgré l'habile assistance de M. Wieger, agrégé, chef des cliniques ; mais la compression latérale de la tumeur arrêtait le sang, et M. Wieger nous procura une pince à pression continue qui maintint cette compression. M. le professeur Sédillot, appelé à nous aider de ses lumières, parvint à découvrir et à lier une très-petite artériole. La compression levée, l'hémorrhagie ne se reproduisit plus. M. Sédillot, après de nouvelles tentatives de réduction, nous conseilla de laisser les choses dans cet état. Nous recouvrîmes la petite tumeur épiploïque d'un plumasseau de cérat, et nous attendîmes les événements.

Persuadé que le vaisseau principal n'avait pas été lié, nous redoutions une hémorrhagie interne qui n'eut pas lieu. Restait à craindre l'inflammation du péritoine, prenant son point de départ à la tumeur ombilicale; puis, dans l'avenir, le tiraillement de l'épiploon, lorsque l'abdomen se distendrait de nouveau.

Le 29 novembre, lendemain de l'excision, la malade se trouve assez bien, sauf un peu de sensibilité autour de l'ombilic. (Onctions mercurielles sur l'abdomen, plumasseau de cérat, cataplasme sur l'ombilic; limonade tartarique, diète.)

Le 30, léger mouvement fébrile, même état le 1er décembre.

Le 2 décembre. Insomnie, anxiété, fièvre; sensibilité autour de l'ombilic. La tumeur épiploïque est d'un rouge brunâtre. (Frictions mercurielles, opium, 0,05 le soir.)

Le 3 et le 4, même état. (25 sangsues autour de l'ombilic, calomel à doses réfractées (5 centigrammes à prendre en dix paquets, dans la journée.)

Le 5, ventre sensible, pouls déprimé, la malade s'affaisse. (*Ut suprà*, eau vineuse.)

Le 6. Teinte ictérique généralisée; mort le soir, neuf jours après la dernière ponction.

A la nécroscopie, l'abdomen est modérément distendu et contient plusieurs litres de sérosité trouble, floconneuse. Une traînée de pus concret, étendu en fausse membrane, part de l'ombilic et se répand sur la toile épiploïque distendue entre l'anneau ombilical et le côlon, ainsi que l'estomac tiraillés vers le bas. La couche du pus s'étend de là sur les viscères et les parois abdominales. Le foie et la rate en sont recouverts. Le foie est ratatiné (cirrhose), la rate est très-volumineuse, carnifiée. Rien de particulier dans les autres organes.

Telle est cette observation, si remarquable à plusieurs titres. Et, d'abord, il s'agit d'une ascite n'offrant pour cause appréciable pendant la vie qu'une hypertrophie de la rate; cependant la cause principale était évidemment la cirrhose du foie, cette cause formelle de la plupart des ascites de cause latente. Puis cette hypertrophie de la rate, qui s'était produite on ne sait comment, n'a été certainement ni l'effet, ni la cause d'une fièvre intermittente.

Séduit par l'aspect favorable de l'ombilic et par l'innocuité universellement attribuée à la ponction ombilicale, nous nous décidons pour celle-ci. Nous procédons comme le veut Ollivier, c'est-à-dire comme pour la saignée au moyen de la lancette. Deux fois l'opération s'exécute avec un succès parfait. A la troisième fois, un accident formidable, imprévu, la chute de l'épiploon, se produit, et,

rebelle à la réduction, donne lieu à une opération suivie d'hémorrhagie inquiétante. Enfin, survient une péritonite mortelle.

Cette hernie de l'épiploon nous explique, *à posteriori*, pourquoi, consécutivement à la seconde ponction, la tumeur ombilicale devint dure et de consistance charnue : c'est que l'épiploon venait s'y loger par le fait de l'affaissement du ventre après la ponction ; puis la sérosité se reproduisant, l'épiploon s'éloignait de nouveau de la cavité de l'ombilic. Néanmoins, c'est sans doute cet épiploon qui, lors de la dernière ponction, obligea à plonger deux fois la lancette.

J'ai dit que cette hernie de l'épiploon était un accident imprévu, ouï, et pourtant il était bien facile à prévoir ; si facile que l'on ne conçoit pas que les auteurs ne l'aient pas au moins pressenti, et qu'il ne se soit pas offert d'autres fois dans la pratique. En effet, il s'agit ici d'une plaie par instrument tranchant, sur des téguments amincis, vis-à-vis de l'épiploon ; et il a dû arriver qu'on ait fait des ouvertures même plus larges que celle-ci, qui n'avait pas, certainement, un centimètre.

Il résulte de tout cela que cet accident une fois constaté possible, on devra faire en sorte de l'éviter, soit en donnant la préférence aux autres points de l'abdomen, soit en prenant les précautions suivantes : 1° faire la ponction aussi petite que possible : 2° observer l'écoulement et réduire l'épiploon au moment où il se présenterait ; 3° panser la plaie avec des bandelettes adhésives ou les serres-fines, ou une compresse graduée maintenue par un bandage de corps.

La hernie de l'épiploon étant effectuée, et la réduction n'étant pas possible, le débridement serait encore préférable aux autres procédés, malgré ses inconvénients ; puis l'on réunirait la plaie selon les règles usitées dans les cas ordinaires de plaies pénétrantes de l'abdomen.

Forget.

N. B. Cette observation était rédigée depuis longtemps, lorsque nous avons eu connaissance d'une longue et savante discussion, à la Société de chirurgie, sur la conduite à suivre dans les cas de d'épiplocèle traumatique ; les uns se montrant partisans de l'abandon au dehors, les autres préférant la réduction. Notre fait, bien qu'unique dans son genre, prouvera qu'il est au moins une circonstance où la réduction est préférable à l'abandon au dehors, c'est celle de hernie épiploïque à la suite de la ponction, le prompt retour de l'épanchement abdominal devant donner lieu prochainement à de violents et dangereux tiraillements de l'épiploon.

DE L'EMPLOI DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE DANS LES DIVERSES PÉRIODES DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Par M. le docteur Duclos, médecin de l'hôpital Saint-Martin de Tours.

(Suite et fin) (1).

J'ai cherché, dans un précédent travail, à apprécier le degré d'utilité que présentait l'administration de l'huile de foie de morue, à la première période de la phthisie pulmonaire, et je suis arrivé à cette conclusion pratique, que ce précieux médicament pouvait enrayer, arrêter la marche de la maladie, surtout quand elle est apyrétique, c'est-à-dire sans fièvre concomitante. Qu'ainsi, l'affection tuberculeuse n'était sans doute pas radicalement guérie, mais que sa marche progressive se trouvait suspendue. Je me propose, dans la fin de ce travail, de rechercher également le degré d'utilité qu'offre l'emploi de l'huile de foie de morue aux deux derniers degrés de la phthisie pulmonaire.

Ici encore, comme dans le cas précédent, c'est une question de diagnostic qui domine toute la discussion. Il ne convient, en effet, de compter au nombre des cas complets d'expérimentation, que ceux dans lesquels les symptômes rendaient incontestable l'état de tuberculisation du parenchyme pulmonaire. Or, je n'ai considéré comme cas avérés de second degré de phthisie que ceux dans lesquels se rencontrait l'ensemble plus ou moins complet des symptômes suivants :

Aggravation des phénomènes généraux qui caractérisaient le premier degré :—fièvre avec une intensité très-variée, mais continue, avec ou sans redoublements ; état d'essoufflement habituel, particulièrement à l'occasion de quelque marche rapide, ou surtout d'une ascension même peu étendue ;—hémoptysies ;—expectoration de nature et d'abondance très-variables, consistant le plus habituellement dans des mucosités plus ou moins épaisses et quelquefois même déjà purulentes ; toux habituelle, revenant plus particulièrement par quintes de durée très-variable ; à la percussion, matité correspondant aux points affectés de tuberculisation, et par conséquent le plus souvent au sommet des poumons ; à l'auscultation, râle humide, plus ou moins étendu, avec craquements, phénomènes qu'on n'observe pas toujours dès la première auscultation, mais qu'on rencontre inévitablement si l'on prend la peine d'appliquer l'oreille fréquemment, et à des intervalles assez peu éloignés, du moment où le besoin d'expectoration se fait sentir ; retentissement et modification notable dans le timbre de la voix ; enfin, développement de craquements plus ou moins étendus, quand le malade tousse avec un peu de force.

(1) Voir la livraison du 15 mai, page 391.

J'ai administré l'huile de foie de morue aux malades chez lesquels j'ai rencontré l'ensemble plus ou moins complet de tous les symptômes, et dont l'état de tuberculisation au second degré me paraissait dès lors ne pas devoir laisser de doutes, et j'ai cherché à apprécier l'action du médicament.

Voici ce que j'ai observé :

Le plus souvent les phénomènes généraux sont sensiblement amendés. La faiblesse diminue, les sueurs nocturnes, le redoublement fébrile de chaque soir ont moins d'intensité. L'amaigrissement n'augmente pas, je dirais presque que la nutrition générale reste stationnaire. En même temps la toux est moins violente, les quintes moins fréquentes et moins fortes, le malade expectore avec plus de facilité. Le médicament opère ainsi une détente générale. Voilà l'état le plus habituel, voilà l'effet que j'ai le plus communément observé.

Ainsi, tandis qu'au premier degré de la phthisie pulmonaire l'huile de foie de morue enrayait la marche de la maladie, en suspendait la progression, ici son effet se borne beaucoup plus manifestement à modérer l'intensité des symptômes, à les ralentir, à faire que la maladie dure, qu'elle se prolonge. Il y a une action moins directe, moins puissante. La marche progressive du mal est ralentie, très-sensiblemen ralentie; elle n'est point arrêtée.

Voilà ce que j'ai vu le plus habituellement.

Mais dans quelques cas rares, l'huile de foie de morue m'a donné des résultats beaucoup plus complets, beaucoup plus heureux. J'ai vu quelques malades, chez lesquels l'état de tuberculisation au second degré était aussi incontestable que possible, éprouver un tel amendement, une si grande amélioration, que j'arrivais à douter du pronostic précédemment porté. J'ai observé, par exemple, une femme âgée d'environ trente-cinq ans, chez laquelle se trouvaient réunis complétement tous les symptômes de la phthisie pulmonaire au second degré, et qui aujourd'hui, après un traitement suffisamment prolongé, est dans des conditions de santé telles qu'on arriverait à douter de l'existence de la maladie primitive. Ce sont des faits rares, mais incontestables.

En présence de ces faits exceptionnels, mais vrais, le praticien a une règle de conduite à suivre. Lorsqu'une maladie comme la phthisie pulmonaire offre si peu de ressources thérapeutiques quand elle est arrivée au second degré, c'est encore un bonheur que de posséder un médicament à effet incertain sans doute, mais enfin possible. Si maintenant j'ajoute que ce médicament modifie les symptômes, ralentit la marche progressive du mal, son opportunité devient plus grande encore.

J'arrive enfin au troisième degré de la phthisie pulmonaire.

Ici le diagnostic présente en général peu d'incertitude, et dans un grand nombre de cas on peut dire que la maladie est écrite sur la physionomie du malade.

Amaigrissement rapide; fièvre continue, avec redoublement chaque soir et sueurs nocturnes. Diarrhée habituelle ou se produisant sous la plus légère influence, oppression continuelle, débilité générale, toux fréquente, quinteuse, expectoration abondante et nettement purulente, mélangée de mucosité; à la percussion résultats variables, tantôt matité, tantôt au contraire sonorité anormale; à l'auscultation, souffle caverneux, gargouillements, pectoriloquie.

C'est surtout à ce degré de la phthisie pulmonaire que l'ensemble des symptômes est le plus habituellement bien complet, en sorte qu'ici la maladie est nette, facile à déterminer.

J'ai administré dans quelques cas l'huile de foie de morue, et voici ce que j'ai observé.

Le malade supporte en général mal le médicament, soit qu'une répugnance invincible l'oblige à en cesser l'usage, soit qu'il exerce une mauvaise action. J'ai vu dans quelques cas survenir des diarrhées considérables et difficiles à arrêter, d'autres fois la toux devenir plus fréquente, d'autres fois, enfin, la fièvre augmenter d'intensité. Dans aucun cas, il ne m'a semblé que l'huile de foie de morue exerçât une action curative, ou même simplement, modérât les symptômes.

J'avoue pourtant qu'il y a peut-être une condition dans laquelle il serait convenable d'en tenter l'emploi : je veux parler de ces phthisies au troisième degré également, mais dans lesquelles la maladie consiste dans de petites excavations isolées, multiples, disséminées dans toute l'étendue du parenchyme pulmonaire. Peut-être dans ces conditions le médicament aurait-il une plus grande efficacité que dans le cas de phthisie caractérisée par de larges et grandes excavations occupant une grande étendue du parenchyme pulmonaire ou communiquant entre elles.

Ainsi, on voit que d'une manière générale et, à dire vrai, presque absolue, l'expérience m'a démontré que dans la troisième période de la phthisie pulmonaire on devait rejeter l'emploi de l'huile de foie de morue.

On peut donc résumer ainsi, sous forme de propositions, les réflexions thérapeutiques qui précèdent :

1° Dans l'administration de l'huile de foie de morue contre la phthisie pulmonaire, l'existence de la fièvre est le symptôme auquel on doit attacher le plus d'importance. Si elle existe, comptez moins sur le médicament; si elle n'existe pas, espérez davantage.

2° L'huile de foie de morue enraye fréquemment la marche de la phthisie au premier degré.

3° En général, elle ne fait que ralentir celle de la maladie au second degré; rarement elle l'arrête.

4° Enfin, le troisième degré de la tuberculisation pulmonaire n'en subit aucune influence favorable.

J'ai dit de quelle manière j'administrais le plus souvent l'huile de foie de morue. Il me paraît bon de la continuer longtemps, puis si l'on obtient un bon effet, de la suspendre pendant quelque temps, mais pour y revenir ensuite. Ainsi on prescrirait le médicament pendant deux mois, puis on le cesserait pendant quinze jours, pour reprendre pendant un mois, cesser de nouveau quinze jours, et successivement diminuer la durée des intervalles pendant lesquels on administre le médicament. C'est la manière de faire qui m'a semblé donner les meilleurs résultats.

Il n'était pas sans intérêt de rechercher quelle huile de foie de morue, et au besoin quel succédané pouvaient être employés. On sait, en effet, quelle incroyable variété, quelle différence de coloration, de goût, d'odeur présentent les huiles de foie de morue qu'on trouve dans le commerce et dans les pharmacies. On voit aussi que quelques praticiens prescrivent indifféremment l'huile de foie de morue ou l'huile de poisson commune. Ce sont là deux points sur lesquels les malades demandent souvent au médecin des renseignements.

La question ne me semble pas suffisamment éclairée; mais, autant que l'expérience a pu me le démontrer, je crois qu'on ne doit pas accepter indifféremment toutes les huiles de foie de morue. Qu'il y ait ou non entre elles des différences de composition chimique, là n'est pas pour moi la question, c'est une question d'expérience et rien de plus.

Or, autant que j'en ai pu juger, il m'a semblé que l'huile de foie de morue claire, peu odorante, à peine sapide, telle qu'on la rencontre dans un grand nombre de pharmacies, était d'un effet moins certain, moins puissant que l'huile de foie de morue brune, épaisse, fortement odorante et d'un goût désagréable. C'est donc à cette dernière que, jusqu'à démonstration expérimentale du contraire, on doit, ce me semble, donner la préférence.

Quant à l'huile de poisson commune, si différente par son origine, sa composition, ses qualités physiques, de l'huile de foie de morue, et qui n'est autre chose que de l'huile de cétacé, je suis bien éloigné de nier ses effets thérapeutiques. Mais il est évident qu'ils n'ont pas pour eux la sanction de l'expérience générale. Il est donc sage, il est pru-

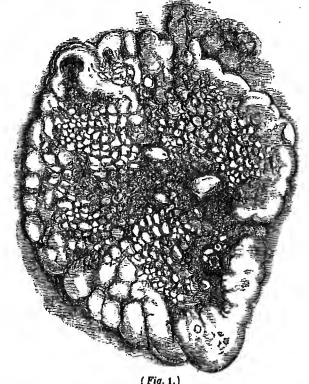
dent de s'en tenir à l'huile de foie de morue, jusqu'à ce qu'on ait démontré d'une manière bien incontestable l'identité des effets de l'huile de poisson. Du reste, ces deux médicaments sont devenus aujourd'hui d'un emploi si fréquent en thérapeutique, que leur valeur relative sera certainement jugée d'ici à quelques années, et il y aurait importance à le faire. L'huile de foie de morue est en effet un médicament que les pauvres se procurent difficilement quand il doit être longtemps continué. L'huile de poisson est un remède d'une valeur vénale presque nulle. Il y a donc un grand intérêt pour cette classe, dans laquelle la phthisie pulmonaire est si commune, à décider la question de prééminence des deux médicaments. Docteur Duclos.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR L'ULCÈRE VERRUQUEUX ET SUR SON TRAITEMENT.

« Je désigne sous le nom d'ulcère verruqueux, a dit Marjolin (à cette « dénomination on en substituera une autre, si on la juge défectueuse), « des ulcères dont les auteurs n'ont pas donné une description particu- « lière, et qui présentent les caractères que je vais exposer. Leur sur- « face est formée par un grand nombre de villosités coniques, d'une « texture dense et serrée, très-rapprochées les unes des autres, repré- « sentant, en quelque sorte, un velours de laine grossier ; ces végéta- « tions paraissent naître du derme ; l'épiderme qui entoure l'ulcère est « épais, calleux et même corné, quelquefois divisé par des fissures « profondes. Ces ulcères, que j'ai observés deux fois à la jambe et une « fois dans l'aine, laissent suinter en petite quantité un fluide visqueux, « presque incolore, fétide, qui, en se desséchant, forme une croûte « épaisse, dure, grisâtre, très-adhérente ; ils sont peu douloureux ou « même indolents, susceptibles de prendre une grande étendue en « largeur. » (Dict. de médecine, t. XXI, p. 46.) Telle est la seule indication qu'on trouve dans les auteurs français sur cette espèce d'ulcère, et n'était la description donnée, en 1835, par M. Hawkins, de l'ulcère verruqueux des cicatrices, la science n'aurait presque aucun renseignement sur cette grave affection. Nous avons cru, par conséquent, qu'il ne serait pas sans intérêt pour nos lecteurs de lire un travail sur l'histoire, la nature et le traitement de cet ulcère ; et, pour le rédiger, nous avons fait de nombreux emprunts à un mémoire que M. R. W. Smith, professeur de chirurgie à l'Université de Dublin, vient de publier dans le Dublin Quarterly journal of medicine.

Il est assez extraordinaire que Marjolin n'ait pas parlé de cette circonstance particulière de l'histoire des ulcères verruqueux, à savoir, que dans l'immense majorité des cas, cet ulcère attaque le tissu de cicatrice. C'est, en effet, son siége de prédilection, bien qu'on puisse l'observer ailleurs; mais il ne paraît pas que la nature de la cicatrice soit pour quelque chose dans le développement de cette ulcération morbide ultérieure : on voit cet ulcère se développer aussi bien sur les cicatrices des plaies déchirées que sur celles des brûlures, etc. Dans l'armée anglaise, on a eu plusieurs fois l'occasion de l'observer sur des cicatrices produites par la flagellation. En général, c'est lorsque la cicatrice a duré plusieurs années que l'ulcère se développe, et ses progrès sont toujours lents. Quant au début de la maladie, tantôt la cicatrice est frappée d'ulcération, puis elle se cicatrise et s'ulcère de nouveau, sans que l'ulcération ait un caractère particulier, et cela marche ainsi jus-

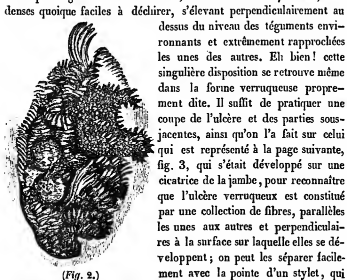


(*Fig.* 1.)

qu'au moment où l'ulcère verruqueux se développe; à partir de ce moment, tout travail de réparation est interrompu. Tantôt, au con-

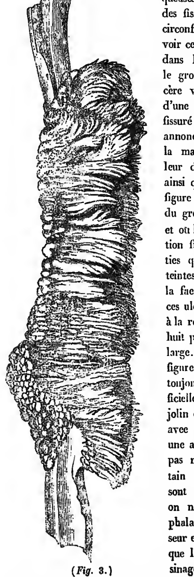
raire, on voit paraître sur quelques points de la cicatrice, une petite tumeur dure, circulaire, comme verruqueuse, mais lisse à sa surface et encore recouverte par l'épiderme de la cicatrice ; à cette petite tumeur en succèdent bientôt d'autres, jusqu'au moment où commence le travail ulcératif.

Quoi qu'il en soit, l'ulcère verruqueux se présente sous deux formes assez distinctes ; tantôt sa surface est couverte d'élevures qui ressemblent aux granulations de l'ulcère cancéreux, et dont la figure précédente donne une très-bonne idée, d'après un ulcère de la jambe, survenu sur une cicatrice qui remontait à vingt-cinq années. Dans ce cas, les granulations sont larges, solides, arrondies, saignant au moindre contact ; elles sont séparées les unes des autres par des sillons profonds, de couleur jaunâtre ou grisâtre ; elles fournissent un écoulement fétide ; de temps en temps elles sont détruites par une espèce de sphacèle ; mais elles ne tardent pas à se reproduire, et l'ulcère à reprendre son aspect tuberculeux ou verruqueux. Tantôt, au contraire, ainsi qu'on peut le voir dans la figure suivante qui représente un ulcère du talon, il n'y a pas traces de granulations, mais la surface de l'ulcère est constituée par un grand nombre de fibres, d'une couleur blanc jaunâtre, assez denses quoique faciles à déchirer, s'élevant perpendiculairement au dessus du niveau des téguments environnants et extrêmement rapprochées les unes des autres. Eh bien ! cette singulière disposition se retrouve même dans la forme verruqueuse proprement dite. Il suffit de pratiquer une coupe de l'ulcère et des parties sous-jacentes, ainsi qu'on l'a fait sur celui qui est représenté à la page suivante, fig. 3, qui s'était développé sur une cicatrice de la jambe, pour reconnaître que l'ulcère verruqueux est constitué par une collection de fibres, parallèles les unes aux autres et perpendiculaires à la surface sur laquelle elles se développent ; on peut les séparer facilement avec la pointe d'un stylet, qui pénètre dans des fissures et des intervalles bien marqués ; les extrémités des fibres du côté de la surface ulcérée sont marquées par des points légèrement jaunâtres, revêtues qu'elles sont d'une sécrétion purulente tenace.



(*Fig.* 2.)

Autour de l'ulcère, les téguments sont souvent malades dans une plus ou moins grande étendue, parsemés de petites tumeurs verruqueuses, épaissis et parcourus par des fissures qui se terminent à la circonférence de l'ulcère. On peut voir cette disposition bien marquée dans la figure 4 qui représente le gros orteil envahi par un ulcère verruqueux survenu à la suite d'une plaie contuse. Cet aspect fissuré et verruqueux des téguments annonce la diffusion prochaine de la maladie aux tissus voisins et leur destruction par l'ulcération, ainsi qu'on peut en juger dans la figure 5 qui représente la coupe du gros orteil figuré à son côté, et où l'on aperçoit déjà la disposition fibreuse radiée dans des parties qui ne sont pas encore atteintes par l'ulcération. Telle est la facilité avec laquelle s'étendent ces ulcères, que Hawkins en a vu un à la région lombaire, qui avait dix-huit pouces de long sur un pied de large. On voit également dans la figure 5 que la maladie ne reste pas toujours bornée aux parties superficielles; en effet, bien que Marjolin et Hawkins aient considéré avec raison cette maladie comme une affection du derme, il n'en est pas moins vrai qu'après un certain temps les parties profondes sont envahies. Dans la figure 5, on n'aperçoit plus de trace de la phalangette et des tendons extenseur et fléchisseur. Bien plus, lorsque l'ulcère se développe au voisinage d'un os superficiel, du tibia par exemple, l'os finit par participer à la maladie; il se



(*Fig.* 3.)

creuse peu à peu d'une dépression dans laquelle se loge le tissu morbide; le tissu compacte est détruit, et tantôt le canal médullaire est ouvert et la résistance de l'os affaiblie au point qu'il peut survenir spontanément une fracture; tantôt, au contraire, l'os s'hypertrophie notablement, au niveau de l'excavation, du côté du canal médullaire, qui peut être presque entièrement oblitéré par le développement du tissu compacte de ce côté, ainsi qu'on peut le voir



(*Fig.* 4.)



(*Fig.* 5.)

dans la figure 6, qui représente une coupe du tibia et de l'ulcère verruqueux dont les fibres sont logées dans une dépression profonde de l'os; tantôt, enfin, tout se borne à une augmentation considérable de volume et de densité de l'os dans sa diaphyse, augmentation qui s'étend à une assez grande distance au-dessus et au-dessous de l'ulcère.

Sous quelque forme qu'ils se présentent, les ulcères verruqueux fournissent un suintement purulent, mal lié, d'une odeur fétide et souvent strié de sang; les douleurs, d'abord légères, deviennent de jour en jour plus intenses et plus continuelles, et dans les derniers temps de la maladie il survient quelquefois de la fièvre hectique. Ici se présente une question des plus importantes pour le pronostic et pour le traitement. L'ulcère verruqueux est-il suivi de l'engorgement consécutif des ganglions lymphatiques? A-t-il de la tendance à se reproduire dans un point plus ou moins éloigné de celui où s'est faite sa première apparition ? Ces deux questions, Hawkins les résout négativement, de sorte que dans son opinion l'ulcère verruqueux serait une affection purement locale. A cela M. Smith répond que cette affection ne constitue pas une affection absolument *maligne*, dans l'acception que donnent

à ce mot les chirurgiens anglais, en ce sens que la récidive n'est pas un fait constant, ou, à beaucoup près, aussi fréquent que dans le cancer, et que l'engorgement des ganglions lymphatiques n'est pas aussi commun. Toutefois l'engorgement sympathique des ganglions s'observe encore dans quelques cas, et même la malade qui présentait l'ulcère verruqueux du gros orteil, dont la figure est placée plus haut, a succombé après l'amputation du gros orteil, au développement consécutif d'une tumeur véritablement cancéreuse dans les ganglions de l'aine ; de sorte que M. Smith est tenté de rapporter cette affection au cancer de la peau. Sa tendance à s'assimiler les tissus voisins, son action consécutive sur les ganglions lymphatiques, la possibilité de sa reproduction dans un lieu plus ou moins éloigné, telles sont les circonstances qui semblent rapprocher cette affection du cancer, avec ces différences que sa marche est extrêmement lente, que l'infection de l'économie ne s'opère que très-tard, et que la reproduction est un fait exceptionnel. Ajoutons que l'anatomie micrographique ne confirme pas tout à fait cette opinion, car elle n'a fait découvrir dans le tissu verruqueux que du tissu fibreux, et aucune trace de cellules ou de noyaux.



(*Fig.* 6.)

Quelle que soit, au reste, la nature de la maladie, il n'est pas douteux que la seule chose à faire est de débarrasser le malade de son ulcère, soit en le détruisant sur place par l'excision ou par des caustiques, soit en pratiquant l'ablation de la partie sur laquelle il s'est développé. Pour adopter l'une ou l'autre de ces deux conduites, le chirurgien doit prendre conseil des conditions particulières de la maladie. Dans quelques cas, l'amputation sera de toute nécessité, tandis que dans d'autres l'excision suffira pleinement ; dans d'autres, enfin, on ne pourra songer qu'à faire usage du caustique. Par exemple, la maladie a-t-elle atteint une si grande étendue que l'excision serait impossible et dangereuse, ou bien a-t-elle envahi le tissu

osseux, c'est l'amputation qu'il faut choisir, si la situation de l'ulcère le permet, si rien dans l'économie ne contre-indique l'opération ; l'ulcère n'a-t-il, au contraire, qu'une très-petite étendue, n'atteint-il que des parties superficielles, permet-il l'excision ? c'est à cette dernière méthode qu'on doit avoir recours, en ayant soin de comprendre dans les parties excisées les téguments fissurés ou verruqueux du pourtour det l'ulcère. Enfin, si la situation de l'ulcère empêche de recourir à l'amputation, si son étendue contre-indique l'excision, on bien il faut s'abstenir de tout traitement, ce qui est la conduite la plus prudente à tenir, ou bien on peut tenter la destruction de l'ulcère par les caustiques. Malheureusement, ajoute M. Smith, on ne peut guère compter sur ce dernier traitement, et je suis encore à voir un seul cas dans lequel on en ait obtenu quelque chose de favorable. Ajoutons, en terminant, que toutes les fois que l'ulcère verruqueux occupe un appendice saillant du corps, un doigt par exemple, l'amputation est toujours plus indiquée que la destruction sur place par l'excision ou par les caustiques.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTE PHARMACOLOGIQUE SUR LE CAFÉ ET LA CAFÉINE.

Un pharmacologiste belge, dont le nom est déjà avantageusement connu des lecteurs du *Bulletin de thérapeutique*, M. Vanden Corput, vient de publier, au point de vue chimique et médical, un article sur le café et son principe caractéristique, la caféine, qui paraît être préconisée aujourd'hui par les médecins belges, ainsi que l'atteste un travail récent de M. Hannon, comme fébrifuge et surtout comme anti-névralgique.

Pour les gens du monde, et même pour un grand nombre de médecins, le café est la substance qui fournit *cette liqueur au poëte si chère,* et ne semble nullement pouvoir être un médicament. Cependant de nombreuses applications thérapeutiques de la fève de l'Yémen, mais il est vrai peu connues, ont déjà été faites. Lanzoni rapporte avoir guéri des flux diarrhéiques opiniâtres par l'infusé de café. Plus tard, Nebelius l'employa dans la céphalalgie. Balglivi en éprouva sur lui-même les bons effets dans ce cas. Prosper Alpin l'employait comme emménagogue, antiarthritique et antiasthmatique. Les femmes de l'Ethiopie l'emploient de temps immémorial sous le premier titre. Dufour, au dix-septième siècle, à l'instar des Chinois, le donnait en boisson dans la phthisie, et aussi dans la fièvre et la migraine. Willis, dès le quinzième

siècle, l'opposait aux narcotiques, usage qu'en font les Orientaux pour neutraliser les mauvais effets de l'opium. Grindel et Dorpat préconisèrent très-fort le café comme fébrifuge. Musgrave, Pringle, Monin, Percival, Laennec et une foule d'autres médecins de cette époque se trouvèrent bien de l'emploi du café dans l'asthme essentiel. Dans les possessions hollandaises de Batavia, les habitants combattent les fièvres pernicieuses avec un fort infusé de café, dans lequel ils expriment le jus d'un citron. Ce moyen est passé en Hollande, où il est encore préféré à la quinine pour combattre les fièvres paludéennes des polders. Le docteur Pouqueville a vu également les habitants de la Morée couper *infailliblement* leurs fièvres intermittentes avec la même mixtion. Le docteur Amati a usé avec avantage des vapeurs qui se dégagent du café pendant sa torréfaction, contre les affections oculaires chroniques. Le docteur Martin-Solon a administré le café dans la forme adynamique de la fièvre typhoïde. Le café a été aussi proposé comme désinfectant. Enfin le docteur Guyot a, tout récemment, préconisé le café à l'eau, dans le traitement de la coqueluche.

A côté de ses propriétés médicatrices proprement dites, le café possède une propriété précieuse pour la pratique médicale, propriété que M. Vanden-Corput a oublié de mentionner dans son intéressant article, et que nous devons rappeler, afin d'en vulgariser la connaissance et l'emploi parmi les praticiens : nous voulons parler de celle que possède l'infusé de café torréfié de couvrir la saveur désagréable de diverses substances, et en particulier l'amertume du sulfate de quinine, du sulfate de magnésie et du séné. Nous avons déjà appelé, et plus longuement (t. XXXIII, p. 131), l'attention des lecteurs du *Bulletin de thérapeutique*, sur cette singulière propriété.

A cette époque, la question de savoir si le sulfate de quinine conservait toute son action pharmacodynamique, ou au contraire s'il n'en perdait pas quelque peu dans son association au café, fut soulevée sans être résolue. Les propriétés fébrifuges reconnues au café par un grand nombre de praticiens, et qui nous paraissent aujourd'hui hors de doute, ne doivent-elles pas faire prononcer en faveur de cette association dans tous les cas où elle est utile pour faciliter l'administration du sulfate de quinine?

Une autre propriété du café à laquelle on n'a point encore pris garde, c'est celle qu'il possède de favoriser, de développer l'action de certains médicaments; ainsi les effets du haschisch sont assurés et développés par la liqueur du café. Nous venons de voir que le café était l'antidote du narcotisme : comment faire concorder sa vertu anti-narcotique et celle que nous venons d'indiquer relativement au haschisch? Ce fait explique bien les difficultés de l'étude des agents pharmacodyna-

miques, et comment elle est encore si loin d'être satisfaisante.

Le café est composé, selon M. Payen, de cellulose, de substances grasses, de glucose, d'un acide végétal indéterminé, de légumine, de caséine, de chloroginate de potasse et de caféine, de caféine libre, d'organisme azoté, d'huile essentielle concrète, d'huile essentielle fluide, de substances minérales.

La torréfaction développe une huile pyrogénée, qui donne au café cette saveur et cet arome qui le font rechercher par tous les peuples; elle donne aussi lieu à la formation d'une certaine quantité de tannin, qui rend le café tonique.

A quoi le café doit-il ses propriétés médicatrices? Sans doute qu'il les doit à l'association de ses différents principes, et plus particulièrement à la caféine, dont par cela même nous croyons devoir faire connaître le mode d'obtention. Nous l'empruntons au Traité de chimie de Liébig.

Caféine.

Le meilleur procédé pour l'extraire du café consiste à épuiser cette graine d'abord par l'eau bouillante : on ajoute à la décoction, pendant qu'elle est encore chaude, de l'acétate de plomb, et on fait bouillir le tout après y avoir mélangé de la litharge en poudre fine, tant que le liquide est encore précipité en jaune par l'acétate de plomb basique. Dès que toutes les parties précipitables par le plomb sont enlevées, on jette le mélange sur un filtre, et l'on ajoute avec précaution de l'acide sulfurique étendu au liquide filtré ; puis, après avoir séparé le sulfure de plomb, on évapore à cristallisation. Les eaux-mères donnent encore des cristaux par une nouvelle évaporation.

Voici maintenant les préparations de caféine proposées par M. Vanden-Corput.

Citrate de caféine.

On obtient ce sel en ajoutant, jusqu'à saturation, de la caféine pure à une solution d'acide citrique, et abandonnant à une température de 40° C. (32° R.); le sel cristallise en longues aiguilles satinées d'une blancheur éclatante, groupées concentriquement autour de points centraux.

On peut l'obtenir encore en épuisant le café cru pulvérisé, par une solution très-faible d'acide citrique, agitant la liqueur avec un volume égal d'éther, décantant, et laissant cristalliser, après concentration, la solution aqueuse.

Ce sel est facilement soluble dans l'eau. La quantité d'acide citrique tribasique, qui sature la caféine, est relativement peu considérable; aussi la solution de ce citrate ne produit-elle qu'un trouble léger par l'acétate plombique.

Poudre de citrate de caféine.

Sucre pulvérisé....................	30	grammes.
Citrate de caféine..................	0,80	centigr.

Mêlez. Divisez les cristaux asbestiformes de citrate caféique, à l'aide du sucre, et partagez le mélange en doses de 75 centigr.

Citrate de fer et de caféine.

On le prépare par la combinaison d'une partie de citrate de caféine avec 4 parties de citrate ferrique. Le produit se présente en écailles cristallines rayonnées, de couleur rouge jaunâtre. Il est assez soluble dans l'eau.

Lactate de caféine.

Ce composé s'obtient par combinaison directe, en dissolvant la caféine dans l'acide lactique dilué, et évaporant à une chaleur ménagée. Il cristallise difficilement, et forme le plus souvent une masse amorphe ou confusément cristalline.

On peut l'obtenir encore, en traitant à chaud l'infusion de café vert par le lactate calcique, filtrant et évaporant les liqueurs.

Tablettes de lactate de caféine.

Sucre pulvérisé.................	60	grammes.
Lactate de caféine...............	1, 60	centigr.
Caféone (huile essentielle de café torréfié)......................		1 goutte.
Mucilage de gomme adragante.....	Q. S.	

Pour faire une masse plastique, que l'on divise en tablettes de 75 centigr.

Malate de caféine.

Ce sel peut se préparer d'une manière analogue au précédent; il cristallise en étoiles à rayons aciculaires; il est très-soluble.

Sirop de malate de caféine.

Malate de caféine.................	4	grammes.
Eau de fleurs d'oranger.............	30	grammes.
Saccharolé simple..................	250	grammes.

Dissolvez le malate de caféine dans l'eau de fleurs d'oranger, ou dans une quantité suffisante d'eau distillée, puis ajoutez le sirop.

Solution chlorhydrique de caféine.

Caféine......................	35	centigrammes.
Eau distillée..................	90	grammes.
Acide chlorhydrique pur.........	2	gouttes.
Saccharolé de fleurs d'oranger.	15	grammes.

F. S. A. Par cuillerées à soupe.

Hémicrânies. — Fièvres intermittentes.

Collyre de caféine.

Caféine pure........................ 1 partie.
Eau distillée........................ 100 parties.

Il convient, afin de dissoudre avec plus de facilité la caféine, d'employer l'eau distillée bouillante. On laisse refroidir.

En fomentation, comme collyre; on peut l'étendre d'une quantité double ou triple d'eau. DORVAULT.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

L'HYSTÉROTOMIE SUSPUBIENNE, OU OPÉRATION CÉSARIENNE, MÉRITE-T-ELLE LA PROSCRIPTION QUE LES AUTEURS MODERNES EN FONT?

A peine la froide et lourde pierre de la tombe a-t-elle pesé sur la dépouille mortelle de Capuron, cet accoucheur modeste, le maître de tant d'autres, que justice a été rendue à certaines de ses qualités, ridiculisées pendant sa vie. Cette avarice, par exemple, qu'on lui a si souvent reprochée, a été reconnue la charité la plus puissante, et le legs qu'il a fait à l'Académie nationale de médecine a dessillé bien des yeux. Mais il ne faut pas que la mort de Capuron serve seulement à faire honorer sa mémoire; il vaut encore mieux, ce nous semble, la faire profiter à l'humanité tout entière, en rappelant qu'il a presque seul lutté, à Paris, contre les tendances meurtrières qui font proscrire l'hystérotomie suspubienne, et cherchent à lui substituer la mutilation du fœtus, alors même que celui-ci est bien reconnu vivant.

Capuron, en effet, dans la séance du 8 mai 1849, lut à l'Académie nationale de médecine un rapport sur un travail du docteur Guisard, représentant du peuple à l'Assemblée nationale, et il se montra chaleureux partisan de l'opération césarienne, opération dont le médecin de la Creuse présente trois exemples heureux. « Quelque redoutable que « cette opération paraisse, disait Capuron il y a à peine un an, on serait « dans une grande et funeste erreur si l'on croyait qu'elle ne fait jamais « que des victimes. Les annales de l'art attestent, au contraire, qu'elle « a conservé la vie à plus d'une mère et à plus d'un enfant, qu'elle a « été pratiquée aussi plusieurs fois sur la même femme. Baudelocque et « les praticiens de son école pensent qu'elle sauve plus du tiers de « celles qui s'y soumettent, et qu'elle en sauverait un plus grand « nombre si on la pratiquait toujours à temps quand elle est indispen- « sable, et si, par trop de confiance dans les efforts de la nature, on « n'attendait pas qu'elle fût inefficace ou sans espoir de succès. »

Cette profession de foi, consignée dans le Bulletin de l'Académie

nationale de médecine (t. XIV, p. 776), est d'autant plus importante à signaler, que les *Traités* d'accouchement le plus récemment publiés proscrivent l'hystérotomie suspubienne dans tous les cas où l'accouchement peut être fait à l'aide de la mutilation du fœtus, même vivant. M. Cazeaux exprime hautement le vœu de voir les principes de nos voisins d'outre-mer se répandre de plus en plus en France. M. Chailly a de la peine à comprendre qu'on puisse se décider encore à tenter l'hystérotomie suspubienne sur la femme vivante, toutes les fois qu'en sacrifiant le fœtus il est possible de sauver la mère; et il témoigne même une vive répugnance à la pratiquer sur une femme qui vient d'expirer, de crainte que la mort ne soit qu'apparente. Le docteur Jacquemier ne se prononce pas aussi clairement, mais il cherche à justifier le principe anglais par le peu de chances de salut que l'hystérotomie suspubienne laisse à la mère. Ce peu de chances de salut avait déjà été mis en saillie en 1841 par le professeur Moreau, dans son traité d'accouchement, et par le professeur P. Dubois, dès 1834, dans le Dictionnaire de médecine, où il ajoute quelques développements à l'article de Désormeaux sur l'opération césarienne.

Or, malgré ces différentes autorités, Capuron, qui vivait au milieu d'elles et les connaissait toutes, a ajouté à ce que nous avons déjà cité de son rapport, « des observations plus récentes prouvent encore « mieux les avantages de cette opération; il faut réfléchir mûrement « avant d'adopter l'opinion de MM. P. Dubois, Moreau, Cazeaux et « Chailly »; et nous nous rangeons d'autant plus volontiers du côté de Capuron, que les trois nouveaux exemples de succès qui lui ont suggéré sa plaidoirie en faveur de l'hystérotomie suspubienne, joints à ceux que nous avions déjà rassemblés dans notre thèse de concours soutenue le 28 juillet 1848 (1), aident à faire un total de trente-trois opérations césariennes publiées depuis 1839, c'est-à-dire depuis la statistique faite à cet égard par Michaëls, Lévy et Keyser, et que, sur trente-trois opérations césariennes publiées en dix ans, il y a eu vingt-six succès pour les mères et vingt pour les enfants, ainsi que chacun peut s'en convaincre par le résumé suivant :

1° Le docteur J.-B. Lestiboudois a publié dans le Journal des connaissances médico-chirurgicales (janvier 1839), l'histoire obstétricale de la femme Lorthioit, qui, le 7 novembre 1838, l'envoya chercher pour l'accoucher, et dont le diamètre bis-ischiatique était tellement rétréci par viciation de la branche descendante du pubis droit, que la tête de l'enfant ne pouvait pas s'engager dans l'excavation pelvienne. Après avoir réuni en con-

(1) Le sujet de cette thèse nous avait été donné dans les termes suivants : *Examiner, au point de vue critique, l'état actuel de la science et de la pratique obstétricales.*

sultation plusieurs confrères, ainsi que cela doit se pratiquer en pareil cas, le docteur J.-B. Lestiboudois en vint à l'opération césarienne, et sauva ainsi la vie à l'enfant et à la mère. Celle-ci éprouva bien, le troisième et le cinquième jour, des symptômes alarmants de métro-péritonite, mais des sinapismes en firent justice; et le sixième jour, l'opérée était gaie et demandait à manger.

2° Le docteur Toché a publié dans le même numéro du même journal l'histoire d'une opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère. Ce succès ne pouvait pas être espéré pour l'enfant, attendu qu'il était reconnu mort quand l'hystérotomie sus-pubienne fut jugée indispensable à cause d'une tumeur osseuse vers la cavité cotyloïde droite. Cette tumeur intra-pelvienne avait, conjointement à une saillie anormale du promontoire, empêché la *version*, qui était pourtant indiquée par une présentation en travers, qui plus tard devint présentation de l'épaule gauche, avec issue du bras.

3° Le docteur Hœbeke, de Sotteyen (Pays-Bas), a publié dans les Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand, un cas d'opération césarienne pratiquée pour un rétrécissement très-prononcé du diamètre bis-ischiatique; l'enfant fut retiré vivant, et la mère ne courut pas le moindre danger. A la suite de ce fait, le docteur Hœbeke en a publié un autre en tout semblable; mais, au moment où l'on croyait l'opérée entièrement guérie, le septième jour, il survint une hémorrhagie utérine qui l'enleva en peu d'instants. Nous ne rangeons donc pas ce fait parmi les exemples de succès, mais nous ne croyons pas qu'il doive non plus être considéré comme un exemple de revers. Cette hémorrhagie, dont la cause a été ignorée, s'est déclarée trop tard pour qu'on puisse l'attribuer à l'opération même. Il doit s'être passé, dans ce fait, quelque imprudence qui en a compromis le succès.

4° Le docteur Godefroy, de Mayenne, a publié dans la Gazette médicale de Paris (année 1840, p. 444), un exemple bien remarquable de succès pour la mère et pour l'enfant. C'était le diamètre sacro-pubien du détroit abdominal qui était rétréci dans ce cas; il présentait tout au plus cinq centimètres. La tête était enclavée dans cette angustie pelvienne, et les battements du cordon ombilical témoignaient évidemment de la vie de l'enfant. En présence de ces deux faits, le docteur Godefroy n'osa pas mutiler l'enfant, ce qui d'ailleurs aurait été difficile, vu la hauteur à laquelle il aurait fallu porter les instruments de mutilation. Il ne pensa pas non plus que la symphyséotomie pût donner assez d'amplitude au bassin pour permettre à la tête de franchir le détroit abdominal; enfin il s'arrêta à l'idée de l'hystérotomie sus-pubienne, et il réussit.

5° Exemple de succès pour la mère et pour l'enfant, par M. Stracke, de Cassel, publié par M. Neuber, dans le Neue Zeitschrit fur Geburtskunde (deuxième cahier du huitième volume) : cet exemple d'hystérotomie est remarquable par l'absence complète de tout accident, et la bénignité avec laquelle s'est passé le temps de la puerpéralité, qui n'a été guère plus long que chez une femme accouchée spontanément.

6° Les deuxième et troisième cahiers du neuvième volume de ce même journal allemand contiennent deux autres exemples de succès pour la mère et pour l'enfant, publiés par M. Metz Schnakenberg.

7° Exemple chez une femme qui avait déjà subi cette opération. Arrivée

à la fin de sa seconde grossesse, le 23 août 1840, elle eut tous les symptômes d'une rupture de matrice; et le docteur Kilian se hâta de pratiquer l'incision des parois abdominales. Il trouva, en effet, le produit de conception hors de la matrice, et celle-ci rupturée. L'enfant était mort. La femme sortit de l'hôpital, parfaitement guérie, trente-sept jours après cette opération (Annales d'obstétrique, t. II, p. 62).

8° Exemple publié par le docteur Merrem, dans un journal allemand et reproduit dans les Annales d'obstétrique (t. III, p. 240). Il se rapporte à une femme de trente ans, chez laquelle on avait trois fois mutilé l'enfant. Un électuaire agréable fut le seul médicament prescrit et exigé. La mère nourrit son enfant; et, au bout d'un mois, elle veillait aux soins de son ménage.

9° Exemple de succès pour la mère et pour l'enfant sur une naine difforme, par M. Monin, ancien chirurgien interne à l'Hôtel-Dieu de Lyon (Journal de méd. de Lyon, février 1843).

10° Exemple de succès pour la mère et pour l'enfant, par le docteur Ziehl, de Nuremberg.

11° Exemple de succès pour la mère et pour l'enfant, par le docteur Berndt (Deuxième cahier du quatorzième volume du Neue Zeitzchrit fur Geburtskunde).

12° Exemple de succès pour la mère seulement, par le docteur Pitre-Aubinais. Ce médecin se décida à pratiquer l'hystérotomie, parce que la version avait été vainement tentée plus de vingt fois en soixante-douze heures par différentes personnes. La femme présentait un état de faiblesse très-alarmant; la peau était froide, la voix éteinte, le pouls petit et concentré; et, quoique l'enfant parût mort, le docteur Pitre-Aubinais, ainsi qu'un de ses confrères, se trouvant éloignés de tout autre secours, donnèrent la préférence à l'hystérotomie sur la mutilation du fœtus, qui n'est pas aussi simple et facile qu'on le pense communément (Journal de la section de médecine de la Société académique du département de la Loire-Inférieure, 97e livraison, 1844).

13° Exemple de succès pour la mère et pour l'enfant, par le docteur Mestenhauser. Cette observation se rapporte à une femme de trente-un ans, opérée de l'hystérotomie en 1840, et dont l'enfant, venue au monde par cette voie artificielle, est bien portante au moment où la mère est encore soumise à l'opération césarienne pour viciation du bassin par des tumeurs osseuses. Le vingt-huitième jour après l'opération, cette femme a pu retourner dans son pays (Oesterreischirche medicinische Wochenschrift, 1844).

14° Exemple de succès pour la mère et pour l'enfant, par le docteur Long, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Toulon. MM. Aubert, chirurgien en chef de la marine, Jules Roux, alors professeur d'anatomie à l'Ecole de Toulon, et Laugier, médecin de l'hospice civil, assistèrent à cette opération, qu'ils avaient décidée nécessaire (Gazette méd. de Paris, 1845, p. 583).

15° Exemple de succès pour la mère et pour l'enfant, par M. Lebleu, chirurgien en chef de l'hospice civil de Dunkerque (Gazette méd. de Strasbourg, 1845, p. 65).

16° et 17° Exemples de succès pour la mère et pour l'enfant, l'un par le docteur Bach, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg,

et l'autre par le docteur Steinbrenner (Gazette méd. de Strasbourg, 1846, p. 153 et 185).

18° Exemple de succès pour la mère et pour l'enfant, par le docteur Kunsemuller (Gazette méd. de Strasbourg, 1846, p. 153 et 185).

19°, 20°, 21° et 22°. Exemples de succès pour la mère et pour l'enfant (Journal des Connaissances médico-chirurgicales ; deuxième semestre de la douzième année, p. 118 et p. 200; deuxième semestre de la quatorzième année, p. 210; numéro de janvier 1848, p. 17).

23° Le docteur Malle, chirurgien militaire, a communiqué à l'Académie nationale de médecine une opération césarienne pratiquée par lui avec succès pour la mère et pour l'enfant en Algérie ; et dans la séance du 23 mai 1848, M. Villeneuve appela l'attention de l'Académie sur ce nouvel exemple de succès remarquable surtout par le lieu où il a été obtenu.

Enfin, le docteur Guisard, représentant de la Creuse, a fait à l'Académie nationale de médecine, dans sa séance du 3 avril 1849, le récit des trois opérations césariennes dont nous avons déjà parlé, et il a insisté sur ce fait, que ces trois opérations césariennes, pratiquées avec succès dans l'espace de cinq ans par divers médecins, sont les seules qui aient été faites depuis longues années dans son département, à sa connaissance du moins. Deux de ces opérations ont été pratiquées après la céphalotomie ; et celle qui n'a pas été précédée de cette manœuvre meurtrière a été aussi heureuse pour l'enfant quo pour la mère.

Ces vingt-six exemples de succès ne sont-ils pas suffisants pour nous autoriser à protester contre l'anathème lancé par MM. P. Dubois, Moreau et Chailly contre l'hystérotomie suspubienne, dans les cas où la mutilation du fœtus vivant peut être pratiquée? Nous répondons avec d'autant plus de confiance par l'affirmative, que la lecture de quelques-unes de ces vingt-six observations prouve que la mutilation du fœtus, opération généralement plus difficile, et surtout plus dangereuse pour la mère qu'on ne le pense, a souvent été insuffisante, et qu'elle a dû être suivie de l'hystérotomie suspubienne; que, par conséquent, la mutilation du fœtus vivant ou mort ne dispense pas toujours de l'opération.

Celle-ci doit être pratiquée, à notre avis, toutes les fois que l'angustie pelvienne est au-dessous de 67 millimètres et que la grossesse est au dernier terme dès neuf mois.

A.-T. Chrestien, D. M.,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine
de Montpellier.

BIBLIOGRAPHIE.

Maladies de l'encéphale; maladies mentales; maladies nerveuses, tome IX de la Bibliothèque du médecin praticien, ouvrage publié sous la direction du docteur Fabre.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de l'ensemble de cette vaste publication, elle est déjà assez avancée pour que le jugement de tous soit formé sur ce point; nous nous contenterons d'examiner rapidement le présent volume, qui embrasse un des cadres les plus importants de la pathologie, puisqu'il traite des maladies de l'encéphale, des maladies mentales et des maladies nerveuses.

Lorsqu'en 1835 M. Gendrin publia la seconde édition de la traduction d'Abercrombie, il dit, dans la préface qui précède ce livre : « Quand j'ai publié cette traduction, je l'ai surtout jugée utile, parce que nous n'avons en France aucun ouvrage complet sur les maladies de l'encéphale. Ce besoin de la science est toujours le même; il est seulement plus vivement senti aujourd'hui, à cause des écrits publiés sur cette matière depuis la première édition de cette traduction. » Les auteurs du IXe volume de la *Bibliothèque du médecin praticien* n'ont pas pensé ainsi, puisque la plupart des travaux qu'ils mettent en œuvre, pour tracer les diverses monographies dont ce volume se compose, sont empruntés à des médecins français. Apparemment ces auteurs n'avaient pas les mêmes motifs que M. Gendrin pour déprécier les travaux de leurs compatriotes, et cela est heureux, car cet esprit de justice leur a permis d'éclairer une foule de questions, dont la difficulté égale l'importance.

Ce volume se divise en trois livres, dont le premier traite des maladies de l'encéphale proprement dites, le second de l'aliénation mentale, et le troisième des maladies nerveuses, qui ont leur siége probable dans les centres nerveux, ou des névroses. C'est là, comme on le voit, un immense cadre, et qu'il nous est impossible d'embrasser dans une analyse qui ne saurait dépasser certaines limites ; force nous est donc de nous circonscrire dans l'examen de quelques questions. Parmi les maladies du cerveau, l'une des mieux connues est, sans aucun doute, l'hémorrhagie cérébrale. L'anatomie pathologique a rendu ici les services les plus éminents à la science. Une foule d'observateurs ont, le scalpel à la main, étudié les altérations qui, dans quelques cas, préparent l'hémorrhagie cérébrale, les altérations qui l'accompagnent, celles qui la suivent, et celles qui lui survivent, en laissant dans le tissu nerveux des traces indélébiles de la lésion primitive. Peut-être la monographie

qui, dans le volume dont nous nous occupons, traite de l'hémorrhagie cérébrale, ne reproduit-elle qu'incomplétement les travaux remarquables, achevés, qui ont trait à ce point de pathologie, et que peuvent hardiment revendiquer les médecins modernes; mais nous ne saurions en faire un reproche à son auteur. C'est surtout au point de vue pratique qu'il a étudié la question de l'hémorrhagie cérébrale, et, il faut bien en convenir, ces descriptions minutieuses, parfaites des lésions variées que la nécroscopie révèle aux divers âges de la maladie, n'ont que médiocrement servi à éclairer la thérapeutique : la symptomatologie, l'étiologie, par contre, ont été largement traitées. Nous dirons la même chose de la thérapeutique : les diverses méthodes qui ont été tour à tour préconisées contre cette grave affection sont l'objet d'une critique judicieuse, et l'auteur finit par poser les règles du traitement le plus sage qui se puisse suivre, pour combattre une maladie qui, malheureusement, ne se joue que trop souvent des efforts de l'art.

La congestion cérébrale, l'apoplexie nerveuse, l'apoplexie séreuse ont été également, pour l'auteur, l'objet de remarques importantes que nous voudrions pouvoir consigner ici ; mais, devant nécessairement nous borner, nous nous contenterons de signaler ce qu'il dit de l'apoplexie nerveuse. Il admet cette forme insolite de la maladie ; sans doute, depuis que l'anatomie pathologique poursuit après la mort une autre symptomatologie, les cas d'apoplexie nerveuse, *sine materiâ*, comme disaient les anciens, sont devenus infiniment moins nombreux, mais il est incontestable que cette forme de la maladie existe, bien qu'il soit à peu près impossible dans l'état de vie de la reconnaître. Les auteurs pour qui toute la pathologie est dans l'anatomie pathologique rejettent, *à priori*, l'existence de cette forme d'apoplexie. On le conçoit, car il y a au fond de ces observations les éléments d'une doctrine pathologique, qui n'est pas précisément celle qu'ils s'efforcent tous les jours de faire prévaloir. L'idée, que nous ne pouvons qu'indiquer ici, paraît çà et là dans le cinquième volume de la clinique de M. le professeur Andral, à laquelle l'auteur a fait avec raison de si larges emprunts ; nous regrettons qu'il ne s'en soit pas inspiré et n'ait pas marqué sa place dans une monographie aussi complète que la sienne.

Après les maladies dont nous venons de parler, viennent successivement l'encéphalite, le ramollissement cérébral, la méningite sporadique, la méningite cérébro-spinale, et enfin les tubercules, le cancer et les hydatides du cerveau. Parmi toutes ces maladies, il en était une surtout qui voulait être traitée avec de grands développements, c'est la méningite cérébro-spinale. L'auteur démontre victorieusement, suivant nous, que c'est là une maladie tout à fait distincte des autres épi-

démies; dont les titres semblent indiquer une affection identique. Une foule de questions se posent à propos de cette affection, soit sous le rapport étiologique, soit sous le rapport thérapeutique, soit sous le rapport nécroscopique même, que l'auteur n'a pas sans doute résolues; mais il a parfaitement dit l'état de la science sur ce point de pratique enveloppé encore de tant d'obscurité. Les lecteurs de la Bibliothèque du médecin praticien s'applaudiront de trouver là cette monographie, qu'ils chercheraient en vain dans la plupart des ouvrages modernes qui sont consacrés aux maladies de l'appareil cérébro-spinal.

Nous ne dirons rien de la troisième partie de l'ouvrage, qui traite des névroses proprement dites; il nous a semblé que plusieurs des maladies qui sont comprises dans cette catégorie pouvaient être traitées d'une manière plus complète : pour citer un exemple, l'asthme nerveux n'est qu'esquissé dans ses causes, dans ses symptômes : aucune des questions considérables que soulève la pathogénie de cette affection n'est soulevée : la thérapeutique elle-même est tronquée. Il y a une forme de cette maladie qui est marquée du caractère périodique, et où le sulfate de quinine fait merveille; on n'en dit rien. On passe également sous silence les vues originales de M. Guillon sur le traitement de l'asthme, vues qui tendent à établir une pratique dont l'efficacité, dans un certain nombre de cas, ne saurait être révoquée en doute.

Mais si nous passons rapidement sur tout ce qui a trait aux névroses, nous voulons, en revanche, faire ressortir davantage l'originalité du travail, fort étendu, qui est relatif à l'aliénation mentale : c'est là une monographie complète, et qui trahit dans celui qui l'a écrite une étude approfondie de la matière, et certainement même une pratique sérieuse de cette partie si intéressante de la science.

Cette monographie débute par des généralités dans lesquelles sont successivement examinées les principales questions que soulève l'aliénation mentale. L'importante question de la classification des maladies de l'esprit y est largement traitée. Nous en félicitons l'auteur; car si une foule de médecins n'ont, sur cette partie de la pathologie, que des notions confuses, cela tient peut-être plus spécialement au défaut d'une classification claire, précise, dans laquelle les faits viennent naturellement se placer. C'est la classification proposée dans ces derniers temps par M. Brierre de Boismont, que l'auteur reproduit : ainsi qu'il le dit lui-même, cette classification n'est, sans doute, pas exempte de défauts, mais c'est certainement celle qui est le plus en harmonie avec les conquêtes de l'observation moderne; elle admet dans ses cadres, sans trop les torturer, tous les faits à physionomie si variée, qui

sont le *substratum* de cette partie de la pathologie. Là aussi sont examinées consciencieusement les méthodes de traitement hardies, qui ont surtout été proposées dans ces derniers temps. L'auteur n'hésite point à accepter dans ses bases fondamentales la méthode d'intimidation, telle que l'a conçue M. Leuret ; seulement il se hâte d'ajouter, avec raison, que cette méthode ne saurait être appliquée d'une manière banale ; que les cas qui la justifient doivent être nettement définis, mieux définis qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. Nous partageons complétement ces idées ; nous ajouterons seulement que c'est là une méthode qui sera longtemps encore l'objet de vives controverses ; le parti qu'on en tirera dans la pratique dépendra essentiellement de l'application qui en sera faite. Nous sommes convaincus que M. Leuret, homme d'esprit et de volonté, a réussi souvent dans l'emploi de l'intimidation, là où un esprit sans initiative, flottant, indécis, échouerait complétement. Et puis, pour appliquer cette méthode, il faut encore une certaine indépendance, une certaine abnégation dont tout le monde n'est pas capable. Les malades, leurs proches même quelquefois, conservent, dans quelques cas, un souvenir pénible de l'emploi des moyens qui composent ce mode de traitement. Nous avons vu un malade, et toute sa famille, emporter de M. Leuret, dans un cas semblable, l'idée la plus défavorable ; cela touchait presque à la haine. Parmi les moyens thérapeutiques applicables à l'aliénation mentale, dans quelques-unes de ses formes au moins, l'auteur cite encore, avec de grands éloges, les bains prolongés, tels que les a formulés naguère M. Brierre de Boismont, dans un mémoire fort bien fait, lu à l'Institut. C'est encore là une pratique fort bonne, nous le croyons, et qu'il est utile de populariser.

Si maintenant nous voulions entrer dans les détails que comportent les divisions nombreuses admises par l'auteur, nous aurions encore une foule de remarques à faire, et ces remarques n'auraient, la plupart, pour but que de confirmer les vues exprimées par le savant monographe. Forcé, à notre grand regret, de nous arrêter ici, nous voulons au moins rappeler, en finissant, la discussion approfondie, prudente, vraie, qu'il a consacrée à l'hallucination. On sait que sur cette question, qui a un immense côté historique, quelques auteurs, se croyant originaux parce qu'ils étaient téméraires et impies, ont soutenu sur cette question les thèses les plus absurdes. L'auteur de l'article *Aliénation mentale* relève avec vigueur ce cynisme qui se prend pour de la science. Développant encore ici les idées sages, vraies de M. Brierre de Boismont, il montre que l'hallucination peut coexister avec une intégrité parfaite de l'intelligence, et que, dans l'économie divine, les

choses se passent probablement autrement dans une classification nosologique. Qu'on nous permette de citer, à ce sujet, les lignes suivantes de Michea; elles valent mieux que toutes les pauvretés que quelques esprits faux ont délayées dans de gros volumes : « Si les hallucinations étaient toujours le produit d'une imagination en délire, les livres saints ne seraient plus qu'une erreur; le christianisme, ce puissant mobile de perfectionnement social et individuel, une erreur; les croyances de nos pères, les nôtres, celles de nos enfants, des erreurs. Et cependant, dit un écrivain illustre (M. Guizot), il y a dans la nature humaine des problèmes dont la solution est en dehors de ce monde, qui tourmentent invinciblement l'âme, qu'elle veut absolument résoudre ; il y a une morale à laquelle il faut chercher une sanction, une origine, un but ; autant de sources fécondes assurées pour la religion, et qui prouvent qu'elle est une nécessité, et non pas une pure forme de la sensibilité, un élan de l'imagination, une variété de la poésie. » Là est la vérité, et non dans la thèse contraire ; croyons-le au moins, par respect pour l'humanité.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Fragment de la discussion sur le rhumatisme articulaire aigu.— La lecture du rapport de M. Martin-Solon, dont nous avons publié la première partie dans notre dernière livraison, a soulevé une longue et vive discussion à l'Académie de médecine. Au lieu de se borner à apprécier la médication proposée par M. Dechilly, et surtout de discuter la valeur des vésicatoires à haute dose dans les cas particuliers auxquels le savant rapporteur en avait limité l'indication, la plupart des orateurs ont été conduits à se placer au point de vue de l'école physiologique et à disuter la formule des saignées coup sur coup. Un seul a fait exception, et, tout en se plaçant au point de vue doctrinal, n'a pas oublié le côté pratique de la question; aussi à ce titre nous reproduirons la savante allocution de M. Parchappe, qui sera appréciée à sa valeur par les lecteurs du *Bulletin.*

La question du rhumatisme, a dit l'honorable académicien, touche à toute la médecine. Elle a d'étroites connexions avec les questions les plus fondamentales et les plus controversées de la science, l'essentialité des fièvres et les diathèses. Elle implique l'appréciation des doctrines de Frault, de MM. Bouillaud et Piorry sur la nature de la fièvre inflammatoire, et des opinions de M. Bouillaud sur les caractères et la fréquence de l'endocardite. Ainsi s'expliquent le développement donné dans le sein de l'Académie à la question du rhumatisme, et la possibi-

lité de vous demander avec convenance quelques instants d'attention après une longue discussion. Je sens toutefois la nécessité de me restreindre. Je supprimerai autant que possible les détails, me contentant de toucher sommairement aux points essentiels.

Il est avant tout d'importance première de fixer bien nettement le sujet de la question. Le nom de rhumatisme a eu pendant longtemps une acception fort vague, et, malgré les efforts persévérants tentés depuis Baillon, il n'est pas encore aujourd'hui suffisamment précisé dans sa signification et dans ses applications. Les médecins anciens, aussi bien que les médecins modernes peut-être, avaient compris l'importance de distinguer nettement des maladies qui ont de l'analogie dans leurs causes, leur siége, leur nature, et qui pourtant sont essentiellement différentes.

Permettez-moi, messieurs, pour vous prouver combien peu sont nouvelles les questions qui nous occupent, de vous citer ce fragment : « Le vulgaire des médecins, qui ignore la nature du rhumatisme, l'appelle habituellement arthrite générale. Il y a en effet dans les deux maladies douleur des articulations; mais les deux maladies diffèrent, en ce que dans l'arthrite les articulations seules sont douloureuses; tandis que dans le rhumatisme, non-seulement les articulations, mais le corps tout entier souffre; mais l'espace intermédiaire aux articulations, notamment les muscles et leurs membranes, et surtout le périoste et toute l'habitude du corps; bien plus, les parties internes du corps éprouvent quelquefois l'affection rhumatismale, l'estomac, les intestins, l'utérus, le poumon.

« Cette maladie n'est pas nouvelle; mais elle a été insuffisamment décrite par les anciens. La cause prochaine et immédiate de cette affection est une humeur séreuse qui, à cause de sa ténuité, ne détermine pas de tumeur dans les parties, et à cause de sa nature ne produit pas de suppuration, mais seulement une disposition inflammatoire provenant de l'échauffement du sérum. Le siége de la douleur est dans les muscles, leurs membranes et le périoste. Le séjour au lit et l'immobilité imposés aux malades par leurs souffrances, servent à établir le diagnostic différentiel, que viennent puissamment aider les symptômes qui accompagnent cette affection. Il y a chaleur âcre dans les parties douloureuses. Il y a presque toujours une fièvre, peu violente, qui manque quelquefois. Le sang qu'on retire est tout à fait corrompu, épais et glutineux; après plusieurs saignées il contient une grande quantité de sérum. Il est si changé qu'il a perdu l'aspect du sang. Après la cessation ou dans les rémissions de la douleur, il ne demeure aucune faiblesse dans la partie, au contraire de ce qui arrive dans l'arthrite.

« Cette maladie compromet rarement ou même jamais la vie, mais emprunte à sa longueur une fâcheuse gravité. Si elle est sans fièvre, elle dure deux ou trois mois, et peut se prolonger, surtout si elle est mal traitée, pendant une ou plusieurs années. Si le rhumatisme s'accompagne de fièvre au début, sa durée est plus courte, mais les douleurs qu'il cause sont atroces. Il guérit ou perd au moins sa plus grande intensité dans une période de 20 ou de 40 jours.

« Les indications du traitement sont de révulser, adoucir et évacuer la matière morbifique, de corriger l'intempérie des viscères et de conserver les forces dans toutes les parties, tant celles qui envoient que celles qui reçoivent cette matière.

« *Moyens de traitement.* — De la veine ouverte indifféremment à l'un ou à l'autre bras, on retirera 8 à 9 onces de sang. Au commencement de la maladie il faut retirer du sang tous les jours, jusqu'à ce qu'il y ait rémission de la maladie et diminution des douleurs. Il importe peu si l'on retire du sang pendant dix, douze jours ou même davantage; car cette maladie a ceci de particulier, que les fréquentes saignées ne dépriment pas les forces, comme dans les autres maladies. Aussi ai-je pour habitude, dans les affections de ce genre, pour ne pas effrayer les malades ou les assistants par une répétition si fréquente de la saignée, d'apporter à cette prescription une restriction, de continuer les saignées de chaque jour jusqu'à ce que les douleurs soient diminuées ou les forces notablement débilitées. Comme, tout en continuant l'usage de ces évacuations quotidiennes, la diminution des forces n'apparaît pas, les malades les supportent bien, et consentent volontiers à l'emploi réitéré des saignées. Cette tolérance est rendue facile par la condition du sang, qui, dans cette maladie, se montre toujours très-corrompu tant qu'on en retire. L'expérience prouve l'utilité de ces abondantes évacuations de sang. En les continuant avec soin, il n'est pas rare de triompher en un temps assez court d'une maladie qui est ordinairement longe.u

« Les purgations au début, dans l'augment et dans l'état de cette maladie, ne sont d'aucun secours, et sont même nuisibles en irritant la fluxion et la douleur, comme dans toutes les dispositions inflammatoires. Elles sont nécessaires au déclin. On doit en dire autant des sudorifiques. » Ce fragment est extrait du Traité de pratique médicale publié par Rivière en 1653. A entendre ce médecin français antérieur à Sydenham, ne semblerait-il pas, sauf quelques nuances de langage appartenant aux doctrines du temps, qu'il s'agit de l'un de nous intervenant aujourd'hui même dans cette discussion?

Il est donc, avant tout, indispensable de bien fixer le sujet de la dis-

cussion. C'est du rhumatisme articulaire aigu, pyrétique, de la fièvre rhumatismale qu'il s'agit, et non du rhumatisme musculaire, ni de l'arthrite goutteuse, ni de l'arthrite proprement dite de cause quelconque, ni par conséquent et surtout de l'arthrite chronique et des tumeurs blanches.

La question de la nature du rhumatisme articulaire aigu, envisagée surtout au point de vue thérapeutique, me paraît devoir se résoudre par l'une ou l'autre de ces propositions : ou le rhumatisme articulaire aigu est une maladie générale, une fièvre rhumatismale, comprenant dans son développement, comme symptôme essentiel, les lésions articulaires ; ou il est une maladie locale, ou plutôt le développement simultané et successif de plusieurs maladies locales ayant leur siége à l'intérieur et à la périphérie des articulations.

Si le rhumatisme articulaire aigu est une maladie générale, on doit considérer sa nature comme encore inconnue, ou au moins imparfaitement connue ; car tel est l'état de la science en ce qui concerne les maladies générales. Et comme ces maladies représentent incontestablement, d'après tous les enseignements de l'expérience, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, un développement morbide qui a des phases définies, une durée déterminée et en quelque sorte fatale, c'est le cas pour le médecin de ne pas aspirer à un rôle impossible, celui qui consiste à faire avorter, à juguler une telle maladie. C'est le cas d'adopter pour principe cette maxime *sequere naturam*, qui est la formule la plus élevée de cette méthode expectante que beaucoup de médecins de nos jours, soit à Paris, soit en province, savent aussi bien qu'à toute autre époque comprendre et appliquer.

Si le rhumatisme articulaire aigu est une maladie locale, grâce aux progrès de la science, sa nature ne peut demeurer inconnue ; car s'il est vrai de dire qu'au point de vue philosophique il nous échappe toujours quelque chose de la nature des maladies, de la nature même de l'inflammation, sujet de tant d'études et de tant de travaux, néanmoins les maladies locales sont, au point de vue médical, suffisamment connues. C'est alors le cas de prendre pour principe de la thérapeutique cette autre maxime non moins féconde en heureux résultats, malgré ses abus : *Principiis obsta.*

Or, le rhumatisme articulaire aigu, dans lequel une fièvre, forte ou légère, précède, accompagne, suit des lésions qui, comme affections locales, se propagent dans tout le corps, est une maladie générale. Le temps ne me permet pas d'insister sur les motifs de cette conviction, qui est au reste celle de la plupart des médecins.

Le rhumatisme articulaire aigu et pyrétique n'est donc pas une de

ces maladies qu'on puisse espérer de faire avorter, de juguler par un traitement quelconque. Il est une de ces maladies dans lesquelles on doit recourir à cette méthode expectante, qui n'est pas l'*expectatio mortis*, si souvent reprochée à ceux qui ont conservé des doctrines hippocratiques ce qu'a confirmé l'expérience de tous les siècles, et qui, tout en profitant, pour mieux connaître les maladies, des immenses ressources créées par les progrès du diagnostic et de l'anatomie pathologique, se gardent bien de négliger l'appréciation des causes et de la marche, ces éléments essentiels de la nature des maladies.

Cette méthode expectante comporte, outre la connaissance aussi complète que possible de la nature de la maladie, l'emploi de tous les moyens propres à satisfaire les indications qu'elle présente, propres notamment à abréger la durée de la maladie, à diminuer les accidents, à prévenir les complications et le passage à l'état chronique.

Mais si le temps ne me permet pas de développer les motifs qui doivent faire considérer le rhumatisme articulaire pyrétique comme une maladie générale, au moins dois-je discuter sommairement l'opinion contraire qui le considère comme une maladie locale de nature inflammatoire.

On invoque à l'appui de cette opinion la nature inflammatoire des phénomènes locaux, la nature de la fièvre concomitante qui est une synoque inflammatoire, l'état du sang qui donne constamment naissance à la couenne inflammatoire, la nature des complications qui sont des inflammations, enfin l'utilité du traitement antiphlogistique.

Je dois d'abord écarter ce dernier ordre de preuves. Je n'accepte pas l'autorité de l'axiome : *naturam morborum ostendit curatio*. Toutes les doctrines invoquent à l'appui de leurs théories les bons effets du traitement que ces théories conduisent à préférer. Cette formule implique presque nécessairement un cercle vicieux.

La nature inflammatoire des lésions articulaires, lors même qu'elle ne serait pas contestée, ne prouve pas la nature inflammatoire de la maladie elle-même. Il y a des maladies qui ne sont pas de nature inflammatoire, et qui comprennent dans leurs manifestations des lésions locales qui vont jusqu'à la suppuration, la variole.

On peut dire la même chose des complications.

Quant à l'état du sang, il n'a pas toute l'importance qu'on lui a attribuée. Je suis loin de contester que la prédominance de la fibrine dans le sang, qui est la principale condition de la formation de la couenne au moment de la coagulation, ne soit, par sa coïncidence avec les phlegmasies, un fait considérable qui puisse être légitimement considéré comme un des indices de la diathèse inflammatoire ; et je con-

sens très-volontiers à l'application qui peut et qui doit être faite de ce point de doctrine au rhumatisme articulaire aigu. Néanmoins, je suis certain que le rôle de la prédominance de la fibrine a été exagéré.

Je n'abuserai pas de l'attention qui m'est si bienveillamment prêtée, pour exposer ici les résultats de longues recherches depuis longtemps entreprises sur le sang et dans l'état physiologique et dans l'état pathologique. Je crois utile pourtant de faire remarquer que les méthodes d'analyse quantitative sur lesquelles on s'est appuyé, dans des travaux dont je suis loin de contester l'immense valeur, laissent beaucoup à désirer pour l'exactitude des résultats.

Ainsi, dans la détermination de la quantité des globules du sang, on n'a pas fait attention que les globules dans le sang sont constitués de manière à contenir une quantité considérable d'eau d'organisation qu'ils perdent par la dessiccation, et dont on ne tient aucun compte dans les calculs à l'aide desquels on répartit dans le sang les proportions de ses divers éléments constituants.

Ainsi, dans la détermination de la quantité de fibrine, on rapporte cette quantité à la totalité du sang ; tandis qu'on devrait, pour apprécier exactement l'état du sang, rapporter la quantité de la fibrine à la quantité de plasma, source unique de la fibrine. On s'expose ainsi à conclure de l'analyse, suivant que la proportion des globules varie, des variations de proportions de fibrine dans des cas où cette proportion est restée la même, sinon par rapport à la masse du sang, au moins par rapport au plasma. Ces imperfections d'analyse ont sur les résultats obtenus une influence considérable, dont j'ai signalé la portée dans des études que je me propose de communiquer à l'Académie.

La prédominance de la fibrine dans le sang est donc loin d'avoir, à mon avis, l'importance qui lui est assignée. Pour s'en convaincre, ne suffirait-il pas de savoir que le sang de cheval, dans son état physiologique, en raison de la proportion des globules au plasma, présente les conditions de prédominance de fibrine et de formation de couenne qui, dans le sang humain, sont considérées comme l'indice absolu d'un état morbide?

En résumé, je crois devoir conclure :

Que le rhumatisme articulaire aigu est une maladie pyrétique, générale ;

Que le traitement de cette affection ne doit pas avoir pour but de la supprimer dans son développement ;

Que la méthode antiphlogistique me paraît préférable aux autres, en raison de la diathèse inflammatoire à laquelle se rattache cette maladie ;

« Que les vésicatoires, ressource utile, ne peuvent être approuvés comme méthode générale de traitement.

Nous dirons un mot, dans notre prochaine livraison, du discours de M. Bouchardat. Cet honorable académicien a traité deux points distincts : la pathogénie et le traitement du rhumatisme. Nous mettrons principalement en relief les règles qu'il a tracées, dans la seconde partie de son travail, pour l'emploi du sulfate de quinine et du nitrate de potasse.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ARUM TRIPHYLLUM. *Son emploi dans la phthisie pulmonaire.* Il existe en Amérique, et notamment aux États-Unis, où elle est très-commune, une plante qui a de grandes analogies avec notre pied-de-veau (arum vulgare); c'est l'*arum triphyllum*, depuis longtemps connu dans certaines contrées comme un remède populaire, et dont quelques médecins anglais et américains ont fait connaître les bons effets dans quelques affections de poitrine (catarrhe chronique, asthme humide, coqueluche), et même dans la consomption pulmonaire. Un médecin français établi dans ces contrées, à Mobile, M. le docteur Poitevin, ayant essayé l'emploi de ce médicament chez quelques phthisiques, en a obtenu, dans trois cas, un effet qui a dépassé toutes ses espérances. L'une des observations qu'il rapporte nous a paru assez intéressante pour la reproduire.

Obs. Une demoiselle de vingt-deux ans, dont la sœur était morte quatre mois auparavant de la phthisie pulmonaire, avait été prise, après trois ou quatre hémoptysies abondantes consécutives, d'une toux très-fatigante, bientôt suivie d'un amaigrissement rapide, de douleurs entre les omoplates, de sueurs nocturnes, fièvre continue et perte d'appétit; expectoration abondante et grise, râle sous-crépitant humide à la partie supérieure du poumon droit, etc. Après avoir donné différents remèdes sans aucun résultat, M. Poitevin eut recours à l'arum. Tous les matins la malade prit une cuillerée à bouche de teinture d'arum dans deux cuillerées d'eau sucrée; au quatrième jour de son emploi la toux diminua un peu; au sixième jour plus de fièvre ni de sueurs, la toux devint rare et l'expectoration blanche, l'appétit se faisait sentir et les forces se relevaient; le poumon était en partie imperméable à l'air; cependant la dyspnée était très-légère et la malade ne s'en plaignait pas beaucoup. L'arum fut continué pendant un mois et demi. A cette époque M. Poitevin cessa ses visites, cette demoiselle étant en parfaite santé, bien qu'il restât une petite induration du poumon. L'auteur de cette communication a le soin d'ajouter que neuf mois se sont écoulés jusqu'au moment où il parle, sans que la jeune personne en question ait eu une seule indisposition.

Nous croyons qu'il ne sera pas inutile de joindre à l'histoire de ce fait encourageant quelques-uns des renseignements que renferme la note de M. Poitevin sur la plante dont il s'agit et sur la manière de l'administrer.

L'arum triphyllum, sorte de navet sauvage, croît dans les bois et dans les terres marécageuses et dans tous les lieux ombragés et humides des États-Unis; elle fleurit en mai et donne de petites baies rouges en juin. Toutes les parties de la plante sont extrêmement âcres, mais la racine est seule employée; celle-ci est ronde, tubéreuse, d'une grosseur qui varie entre celle d'une olive et un œuf de poule; la partie charnue, recouverte d'un épiderme brun, ridé, est blanche, solide et de la consistance de la pomme de terre; mâchée, elle produit une sensation de brûlure et un picotement désagréable. Pour l'usage thérapeutique on fait macérer pendant cinq jours une once et demie d'arum, coupé en très-petits morceaux, dans un

demi-litre de genièvre de Hollande. Le principe âcre ne se dissout pas, et le goût de cette teinture est presque nul. Le malade en prend chaque matin une cuillerée à bouche dans un quart de verre d'eau sucrée ; les femmes et les personnes délicates supportent très-bien cette dose sans éprouver l'ivresse alcoolique. Ce remède doit être employé pendant un mois et plus. (*Journal des Conn. médico-chirurg.*, mai 1850.)

ÉPILEPSIE (*Emploi du Sumbul dans le traitement de l'*). Nous l'avons dit bien souvent en parlant du traitement de l'épilepsie : tant qu'on n'aura pas trouvé un moyen de traitement vraiment efficace contre cette terrible maladie, on devra enregistrer toutes les tentatives plus ou moins heureuses faites pour la guérison de cette affection, parce que, au milieu de cette multitude de médicaments aussitôt abandonnés que proposés, il en est peut-être de susceptibles de rendre quelques services dans des circonstances données. Voici, par exemple, M. le docteur Todd, qui a fait quelques expériences avec le Sumbul. On ne sait pas trop encore ce qu'est le Sumbul ; on ignore même à quelle famille il appartient et dans quel pays il croît. Toujours est-il qu'il nous vient par la Russie, sous forme de petits morceaux d'un gris jaunâtre, blancs au centre, avec un épiderme mince, exhalant une odeur aromatique. La réputation du sumbul a commencé il y a peu d'années, en Allemagne, dans le traitement des dyssenteries ; et, plus tard, dans la dernière épidémie du choléra, il a été employé en Russie comme moyen stimulant, sans qu'on sache bien à quoi s'en tenir sur son efficacité dans cette affection épidémique. Il paraît que la teinture de Sumbul a été employée avec quelque succès, en Angleterre, comme antispasmodique, par M. Savory ; cette circonstance a engagé M. Todd à en faire usage dans l'épilepsie. Il a donné dix gouttes de teinture de sumbul trois fois par jour. Les faits sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse rien affirmer ; tout ce qu'on peut dire, c'est que les accès paraissent avoir été notablement retardés par cette médication. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ces expériences, si elles ne deviennent pas ce que sont devenues tant d'autres expériences du même genre. (*The Lancet.*)

HÉMORRHOÏDES *guéries par l'emploi de l'huile de lin.* Voici une médication aussi simple qu'inoffensive, dont M. le docteur Van Ryn assure avoir constaté l'efficacité constante contre les hémorrhoïdes, pendant une pratique de près d'un quart de siècle. Cette médication consiste dans l'emploi interne de l'huile de lin récente, administrée que les hémorrhoïdes soient fluentes ou non, à la dose de deux onces, matin et soir. Sous l'influence de ce seul remède, dit M. Van Ryn, l'amendement des symptômes est ordinairement si rapide, que le traitement dure tout au plus une semaine. Les selles, par suite de l'administration de l'huile de lin, sont souvent un peu augmentées, mais on n'observe jamais ni vomissements ni autres accidents ; c'est à peine si les malades doivent modifier leur régime, à moins qu'une complication quelconque ne fasse surgir des indications spéciales sous ce rapport. La seule recommandation que fait M. Van Ryn, c'est d'éviter l'usage de boissons alcooliques et une alimentation trop stimulante. Aucune complication, du reste, ne contre-indique la médication même.

Si l'efficacité de ce moyen répond à sa simplicité, ce qu'on ne saurait mettre en doute, d'après l'assertion du médecin honorable dont nous venons de reproduire la communication, ce serait, pour les médecins des campagnes surtout, une ressource précieuse et qu'on ne saurait trop vulgariser. (*Annales de Roulers*, 3e *livr.* 1850.)

HYGROMA *et hydropisies circonscrites. De l'emploi topique de l'élixir acide de Haller dans ces affections.* Tout le monde sait que l'hygroma, comme toutes les collections enkystées, se reproduit presque infailliblement après son évacuation, et qu'on ne parvient à en prévenir le retour qu'à l'aide d'injections irritantes, de l'excision partielle, ou autres opérations qui ne sont pas toujours exemptes de dangers. D'après quelques essais tentés en Allemagne et récemment renouvelés par M. le docteur René Vanoye, il paraîtrait que la thérapeutique possède dans l'élixir acide de Haller, employé à l'extérieur, un moyen aussi sûr qu'innocent d'ob-

tenir la résolution de ces tumeurs.

Voici dans quelles circonstances et de quelle manière M. Vanoye a fait usage de ce moyen : consulté par une femme d'environ quarante ans, portant une tumeur enkystée de la bourse muqueuse prérotulienne, du volume d'un gros œuf de poule, dont le développement datait d'environ trois années, M. Vanoye, après avoir pratiqué une première fois la ponction suivie de la compression et de fomentations résolutives, avait vu la tumeur se reproduire en quelques semaines. Ayant eu alors connaissance du succès que le docteur Brach, de Neustadt, attribuait en pareil cas à l'emploi externe de l'élixir acide de Haller, comme moyen résolutif, il y eut recours, mais après avoir toutefois, par une nouvelle ponction, évacué le liquide contenu dans la tumeur. Deux frictions pratiquées le premier jour rougirent la peau et occasionnèrent une légère cuisson. Le lendemain et jours suivants, les frictions furent portées à à trois; alors le genou, assez fortement rougi, commença à devenir quelque peu douloureux et gêné dans ses mouvements. Après un jour de suspension, l'irritation étant dissipée, l'usage des frictions fut repris et continué pendant une douzaine de jours, tantôt à deux, tantôt à trois et même jusqu'à quatre frictions par ving-quatre heures. La peau, au bout de ce temps, avait pris un aspect jaunâtre, comme parcheminé, et montrait, çà et là, une éruption miliaire qui ne tarda pas à disparaître. Dans cet intervalle, aucune trace de liquide ne s'était montrée, et après une nouvelle quinzaine, durant laquelle la malade faisait encore une seule friction par jour, la guérison fut complète.

Dans un second cas, où il s'agit d'un homme de quarante et quelques années, affecté depuis plus de trois ans d'une tumeur semblable au genou droit, l'élixir acide de Haller fut employé d'emblée, sans ponction préalable. Les frictions, faites d'abord d'une manière négligée, ne produisirent aucun effet sensible pendant une dizaine de jours. Mais, continuées avec plus de régularité et de méthode, elles excitèrent bientôt un degré d'inflammation tel que le malade dut garder le repos, ce qu'il n'avait pas fait jusque-là. Après avoir persisté à un faible degré pendant une quinzaine de jours, l'inflammation du genou cessa complétement, et la tumeur, déjà diminuée de plus de la moitié de son volume, s'amoindrissait de plus en plus. Les frictions, qui étaient fort bien supportées, furent continuées pendant quelque temps encore, après quoi le malade fut guéri.

M. le docteur Brach, qui s'est servi le premier de cet élixir comme moyen externe, ne se borne pas à l'appliquer au traitement de l'hygroma. Il l'emploie également et avec succès, à ce qu'il assure, dans l'arthrite chronique rhumatismale et goutteuse, dans les tumeurs froides, lymphatiques, glandulaires, dans les collections circonscrites de liquides de tous genres, et surtout celles des gaînes des tendons, en un mot, dans toutes les affections exemptes de fièvre et d'inflammation générale ou locale, qui indiquent l'emploi d'un absorbant stimulant. (*Ann. de Roulers*, 3e *liv.*, 1850.)

LARYNGITE SYPHILITIQUE (*Trachéotomie pratiquée trois fois dans un cas de*). Nous avons rapporté l'année dernière (t. 36, p. 379), un cas dans lequel il a fallu revenir deux fois à la trachéotomie, parce qu'on avait eu l'imprudence de retirer la canule de trop bonne heure. Tout en se rapprochant à certains égards de ce fait, l'observation, dont nous allons faire connaître les traits principaux, s'en distingue par les circonstances particulières qui ont nécessité les opérations répétées et par les difficultés mêmes qui ont entouré le procédé opératoire dans la dernière opération. Il s'agit d'un homme de cinquante-trois ans, qui, plus de deux ans après avoir eu la syphilis et après avoir subi un traitement mercuriel complet pour des accidents syphilitiques certains, fut pris d'un violent mal de gorge, avec aphonie et difficulté de respirer. Après avoir employé sans succès les émissions sanguines et les vésicatoires, on se décida à faire la trachéotomie. Pendant un mois, le malade porta une canule; il l'avait quittée depuis une semaine, lorsque la respiration s'embarrassa de nouveau. M. Aston Key crut nécessaire de revenir à la trachéotomie; mais en outre, il fit placer le malade dans une atmosphère rendue constamment humide par l'arrivée d'un jet de vapeur dans la pièce qu'il habi-

tait. En même temps, on lui fit faire un traitement mercuriel. Il y avait dix mois qu'il portait cette canule, lorsqu'il fallut revenir à une nouvelle opération : la canule était chassée de jour en jour par des granulations, et la difficulté de respirer menaçait le malade d'asphyxie. Mais M. Key trouva un obstacle auquel il était loin de s'attendre : les anneaux de la trachée étaient complètement ossifiés, et il fit appeler Liston, qui, ne pouvant réussir à inciser la trachée, se décida à en enlever un grand morceau avec la pince qui porte son nom. Pendant trois mois, il porta sa canule sans accident. Les voies aériennes supérieures étaient complètement bouchées ; mais bientôt il survint des phénomènes de bronchite, avec expectoration fétide; et les accidents de suffocation reparaissant, il fallut que M. Liston coupât encore une pièce osseuse de la trachée. Cette opération fut suivie de l'expulsion d'une portion osseuse, que l'on reconnut pour le segment postérieur du cartilage cricoïde ossifié. On croyait que les accidents allaient se modifier maintenant d'une manière favorable. Ce fut le contraire qui arriva. Le malade tomba dans la fièvre hectique, et succomba six jours après. L'autopsie montra dans la bronche principale du poumon gauche une petite portion de cartilage ossifié nécrosé, et une pneumonie au second degré dans le lobe pulmonaire correspondant. — La partie vraiment curieuse de ce fait est celle qui est relative à la pratique à suivre dans les cas où il y a ossification de la trachée ou du larynx. Quelle conduite devrait tenir le chirurgien dans un cas de ce genre ? Evidemment, il devrait faire ce qu'a fait Liston, enlever avec la pince coupante un segment du canal osseux. Seulement, l'expérience de Liston prouve malheureusement qu'il y a à craindre dans ce cas la nécrose des portions ossifiées; seulement il n'est pas sûr que dans tous les cas les portions d'os nécrosées vinssent ainsi tomber dans les bronches, et la science compte heureusement des faits dans lesquels des malades ont rendu pendant plusieurs années des esquilles nécrosées provenant des cartilages, sans que la mort ait suivi rapidement cette grave complication. (*The Lancet.*)

MIGRAINE. *Sa guérison instantanée à l'aide de larges inspirations répétées coup sur coup.* Lorsqu'une médication se trouve basée sur l'expérimentation qu'un confrère honorable a tentée sur lui-même, on ne saurait mieux faire que de rapporter ses propres paroles. Nous nous bornons donc à transcrire la note de M. Tavignot sur une nouvelle ressource thérapeutique contre une indisposition sinon grave, du moins toujours pénible.

« Voici dans quelles circonstances j'ai découvert cette méthode nouvelle et en apparence assez bizarre. Au mois d'octobre dernier, je fus pris moi-même d'une attaque de bonne et franche migraine, douleur et pesanteur de tête, anorexie, prostration physique, et surtout prostration morale, etc. : rien n'y manquait. L'expérience me l'avait appris, j'en avais pour vingt-quatre heures à rester dans cet état, qui consiste à broyer des idées plus noires les unes que les autres, pour me servir d'une expression figurée, qui rend assez bien la situation morale des personnes placées sous le coup d'une attaque de migraine. Ne pensant rien faire de mieux, je me laissai aller à réfléchir sur la nature de la migraine ; je me demandai si cet état particulier des centres nerveux, qui retentit sur tout l'organisme, ne pourrait pas résulter soit d'une sorte de stase sanguine dans les sinus veineux de la dure-mère, comme le dit M. Anzias-Turenne, soit plutôt d'une hématose imparfaite. Et l'idée me vint aussitôt de respirer largement et très-vite pendant quelques minutes. Je me trouvais déjà soulagé; je continuai : après trois ou quatre expériences nouvelles, j'étais complétement guéri. Je pus me lever, reprendre mes travaux ; il ne me restait plus qu'un très-léger embarras à la tête, vers les tempes, qui se dissipa en moins d'un quart d'heure. Ce résultat me fut doublement agréable, et voici ce qu'il m'a fourni comme données nouvelles et pratiques. Sur une dizaine de personnes qui ont essayé, d'après mes indications ou celles de mes amis, cette méthode de traitement pendant la durée d'un accès de migraine, j'ai appris que la moitié seulement avaient été guéries d'une manière en quelque sorte instantanée; chez les autres, il y a eu ou une amélioration ou un insuccès complet. Mais

en interrogeant avec soin ces dernières personnes, je me suis convaincu que l'espèce de migraine dont elles se plaignaient n'avait plus les caractères de la migraine type. Chez elles, il y avait tout simplement un état névralgique de la tête très-pénible, très-douloureux assurément, mais qui n'était pas accompagné de ce sentiment de brisement, de prostration profonde, de mélancolie que j'ai donné comme caractéristique de la première espèce de migraine, la seule qui m'ait paru céder à l'emploi de la nouvelle méthode. Il m'a semblé inutile de rechercher actuellement la manière d'agir des inspirations larges, profondes et saccadées dans la guérison de la migraine; il est évident que par ce moyen on accélère la circulation veineuse, et que l'on hâte le travail chimico-physiologique de l'hématose : or, l'explication du succès de la méthode est dans l'une ou dans l'autre de ces conditions nouvelles de l'organisme, peut-être dans les deux à la fois. » (*L'Observation*, mai 1850.)

MILLE-FEUILLE (*Sommités de*). *Leurs propriétés sédatives sur le système nerveux.* Nous signalions il y a peu de temps, à l'occasion d'une publication récente sur les plantes médicinales indigènes, le fâcheux abandon où était tombé l'usage d'un grand nombre de remèdes simples et naturels, qui semblent avoir été placés par la Providence sous la main de l'homme dans les lieux mêmes où ils peuvent lui être le plus utiles. Il n'est presque pas de jour que des faits nouveaux ne viennent nous remettre en mémoire les propriétés oubliées de quelques-unes de ces plantes dont nos devanciers avaient plus ou moins habilement tiré parti. Nous ne voulons parler pour l'instant que d'une plante très-vulgaire, la mille-feuille, anciennement préconisée, tantôt pour sa vertu sédative, antispasmodique, tantôt comme antihémorrhagique, ou antileucorrhéique, d'autres fois comme antifébrile ou même comme antiépileptique. Ces propriétés sont sans doute pour la plupart à vérifier. En attendant que des expérimentateurs veuillent bien les passer au crible d'une observation plus sévère, voici des faits qui tendent à démontrer que ce n'est pas sans raison qu'on a attribué à la mille-feuille une propriété sédative dans certaines affections nerveuses.

M. le docteur Richart, de Soissons, a employé la mille-feuille dans plusieurs épidémies d'affections éruptives, et dans des maladies diverses offrant toutes un caractère commun et donnant un certain degré d'éréthisme nerveux, et chaque fois avec un résultat des plus satisfaisants. La première fois qu'il en fit usage, ce fut dans le cours d'une épidémie de rougeole, qui, sous l'influence d'un changement subit de la température qui, de sèche et douce qu'elle était, devint tout à coup froide et humide, acquit en peu de temps un caractère pernicieux : prodromes longs et pénibles, éruption difficile, paraissant et disparaissant, vomissements fréquents, toux et fièvre intenses, etc. La médication expectante employée jusque-là étant devenue insuffisante, M. Richart eut recours à l'infusion de mille-feuille; il en fit boire et prendre en lavement; quelques malades furent enveloppés d'une nappe imbibée de cette infusion (bain d'enveloppe); sous l'influence de ces moyens, les accidents graves ci-dessus signalés disparurent, et la maladie marcha régulièrement vers une prompte convalescence, malgré la persistance des mêmes conditions atmosphériques.

La seconde fois que M. Richart eut occasion d'essayer l'infusion de mille-feuille, ce fut dans une épidémie de fièvre scarlatine, avec angine grave, fièvre intense, éruption exanthémateuse difficile, s'opérant lentement et s'accompagnant de délire. Les émissions sanguines, les boissons pectorales, les bains de pieds et les grands bains étaient restés sans effet, et plusieurs malades avaient déjà succombé, lorsque la mille-feuille fut mise en usage. Le résultat en fut tout aussi avantageux que dans le cas précédent.

Des convulsions survenues chez plusieurs enfants pendant la dentition cessèrent promptement sous l'influence du même traitement.

Ce praticien a prescrit la mille-feuille en boisson, en lavements et en topiques sur le ventre, chez des jeunes filles sujettes depuis la puberté à des coliques très-vives durant les jours qui précédaient l'époque de la menstruation, que ni les bains de siége, ni les émollients laudanisés et l'infusion de tilleul et

de safran n'avaient pu calmer; et chez des femmes récemment accouchées et éprouvant de très-vives coliques utérines. Les unes et les autres furent immédiatement soulagées et guéries par l'emploi de ce moyen. Enfin, il assure avoir eu à s'en louer aussi dans une épidémie de dyssenterie, pour combattre le ténesme.

Ce sont là des faits qui méritent d'être signalés à l'attention des praticiens. (*Abeille médicale*, mai 1850.)

NITRATE ACIDE DE MERCURE (*Des accidents qui peuvent suivre la cautérisation avec le*). Il faut que la science mette tout à profit, les succès comme les revers, les erreurs de pratique comme les méprises ou les accidents. Voici un accident involontaire, dont les conséquences ont failli devenir funestes, et qui, en révélant un danger contre lequel les praticiens ne sont peut-être pas en général assez prémunis, aura au moins cela d'utile, d'apprendre à manier avec beaucoup de réserve un agent dont on a quelque peu abusé à une certaine époque; nous voulons parler des cautérisations avec le nitrate acide de mercure. Le fait suivant, rapporté par M. le docteur Hervieux, en dira à cet égard plus que tous nos commentaires, et l'enseignement qu'il renferme ressortira très-nettement pour tous de son simple exposé.

Depuis plusieurs jours, M. Hervieux cautérisait, à l'aide d'un pinceau imbibé d'acide clorhydrique, un homme de vingt-huit ans, atteint d'accidents syphilitiques secondaires, et notamment de chancres dans le pharynx et dans les fosses nasales. Un jour, M. Hervieux, au lieu de plonger son pinceau dans l'acide chlorhydrique, le plongea par mégarde dans une soucoupe contenant du nitrate acide de mercure dont il s'était servi quelques instants auparavant pour un autre malade. A peine venait-il de toucher le pharynx que le malade fut pris d'une toux convulsive avec turgescence de la face, injection des yeux, larmoiement, contraction de tous les muscles respiratoires, efforts de vomissements, en un mot, de tous les symptômes d'une irritation excessive des voies aériennes. Le pharynx était violemment enflammé; le voile du palais, ses piliers, les amygdales, la muqueuse de la paroi postérieure du pharynx étaient boursouflés, au point de combler dans sa presque totalité le passage de l'air et des aliments. Les bords de chaque ulcération apparaissaient relevés, saillants et dans une sorte d'érection. Toutes ces parties étaient colorées d'un rouge sombre, tirant sur le violet. Bientôt l'estomac expulsa, dans un seul vomissement, toutes les matières alimentaires qu'il contenait. Une gorgée d'eau albumineuse ne peut pas être supportée; le contact d'un liquide quelconque, même de l'eau froide, lui brûlait le gosier comme un fer rouge. Les efforts de vomissement continuèrent et finirent par amener l'expulsion de matières intestinales. La coloration violacée de la face avait fait place à une pâleur livide. Le pouls, plus précipité, avait perdu sa force et son ampleur normales. La respiration anxieuse, saccadée, était suspendue à chaque instant par de nouveaux accès de toux, avec menace de suffocation. Le malade fut mis au lit, entouré de bouteilles d'eau chaude, pour relever la température du corps et des extrémités déjà sensiblement refroidies; on lui administra un lavement amidonné, additionné de 2 grammes de laudanum. Les nausées et les vomissements persistèrent jusque dans la soirée. Le même sentiment d'ardeur régnait toujours dans l'arrière-bouche; l'impossibilité de la déglutition était la même. (Potion calmante pour la nuit, boissons délayantes, dans le cas où la déglutition redeviendrait possible, gargarisme acidulé, sinapismes aux jambes et vingt sangsues au cou.) Le lendemain, malgré la persistance de la plupart des symptômes, le malade présentait un état plus satisfaisant. Les mêmes prescriptions, moins les sangsues, furent continuées. Deux jours après, tous les accidents étaient entièrement conjurés.

Ce fait n'est pas le seul qui témoigne de l'extrême gravité des dangers produits par l'usage intempestif ou peu mesuré du nitrate acide de mercure. Les journaux de médecine en renferment plusieurs exemples, et nous avons été nous-même témoin d'un accident analogue à la suite d'une cautérisation du col de l'utérus faite avec un pinceau trop fortement imprégné d'acide dont quelques gouttes tombèrent sur les parois du vagin. Il faut

que ces faits soient constamment présents à l'esprit des praticiens, qui ne sauraient apporter trop de soin et de surveillance dans le maniement d'un pareil agent. (*Union médicale*, mai 1850.)

PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS (*Sur un nouveau symptôme de la*). La paralysie générale des aliénés, contre laquelle la thérapeutique est restée jusqu'ici entièrement désarmée, est, en raison même de sa gravité, une des affections dont il importe le plus d'étudier tous les caractères et surtout les symptômes initiaux ou prodromiques, afin que si, un jour, les progrès de la science nous mettaient sur la voie des indications à remplir, ces indications pussent être saisies dès le début même de la maladie. Voici un signe nouveau sur lequel M. Baillarger vient d'appeler l'attention des médecins, et qui, à ce titre, mérite d'être signalé. Ce signe, c'est la dilatation de l'une des pupilles ou l'inégalité de dimension des pupilles. M. Baillarger a remarqué, en effet, que beaucoup de sujets atteints de paralysie générale ont une des pupilles plus large que l'autre; la différence, dans certains cas, est très-considérable. Ce symptôme, qui ne se présente le plus ordinairement qu'à une époque avancée de la maladie, se manifeste quelquefois dès le début, et il peut alors, dans certains cas douteux, servir à établir le diagnostic. M. Baillarger explique ce fait de la manière suivante :

La paralysie générale est le résultat d'une lésion des deux hémisphères; mais cette lésion ne doit pas toujours se produire au même degré dans les deux côtés. Lorsque la différence est très-tranchée, il y a prédominance de la paralysie d'un côté du corps. Dans les cas où la différence de lésion dans les deux hémisphères est moins grande, elle ne devient plus appréciable par une prédominance de la paralysie d'un côté et de l'autre, mais elle peut encore être reconnue à la différence de dilatation des pupilles, dont la sensibilité plus vive révèle plus facilement que les autres organes les moindres altérations du cerveau. (*Gazette des hôpitaux, mai* 1850.)

SYPHILIS (*Curieux exemple de contagion médiate de la*). Les faits que rapporte M. Ricord, dans ses intéressantes lettres sur la syphilis, quelque nombreux qu'ils soient, n'ont pu porter la conviction dans l'esprit de tous les praticiens; mais après les observations rigoureuses entreprises par M. Cullerier (Voir notre livraison du 15 janvier, page 44), il n'est plus permis de révoquer en doute qu'une femme saine peut être un foyer d'infection.

« Parmi les faits bizarres et singuliers qui ont passé sous mes yeux, dit M. Ricord, permettez-moi de vous raconter le suivant, qui a aussi sa moralité, comme vous allez le voir : Un jeune et petit ménage avait invité à déjeuner un ami du mari. Le repas était presque terminé et l'appétit n'était pas satisfait. Il est décidé qu'on ajoutera un morceau de fromage au festin. Le mari quitte la table, descend ses quatre étages et court chez l'épicier voisin chercher le complément du repas amical. Hélas! il ne revint pas assez vite. Pendant sa courte absence et entre la poire et le fromage, son infidèle moitié commettait l'adultère avec son perfide ami. Le mari rentre, le repas s'achève, on prend le café et ses adjuvants, l'ami se retire et le brave mari consacre à son tour l'acte conjugal. — Trois jours après, le mari m'arriva avec un chancre urétral à symptômes blennorrhoïdes. Il était accompagné de sa femme, et il m'affirme qu'il n'a pas eu de relations avec d'autre femme que la sienne. L'examen le plus attentif des organes génitaux de cette femme ne me permet de rien découvrir de suspect. Ma prescription faite, ces gens s'en vont, me laissant sans explication de cette blennorrhagie virulente du mari. Mais le lendemain, je vois revenir la femme, qui vient me demander si je suis bien sûr qu'elle n'est pas malade. Je l'examine de nouveau, et de nouveau je lui affirme qu'elle se porte parfaitement bien. Elle me raconte alors l'histoire que je viens de vous dire; elle ajoute que le délinquant est là et me prie de l'examiner. Je lui trouve un magnifique chancre, dans la période spécifique, sur la couronne du gland. Ce fait confirme les curieuses expériences faites à Lourcine, par mon jeune et savant collègue Cullerier. » (*Union médicale*, avril 1850.)

VERMIFUGE (*Bons effets de l'association de la santonine et de la*

strychnine comme). Nous avons entretenu nos lecteurs, à diverses reprises, des bons effets qu'on peut attendre de la santonine comme vermifuge. Son emploi s'étend de jour en jour, et nous lisons, par exemple, dans une note communiquée par un médecin de Milan, M. le docteur C. Cerri, à la Gazette médicale de cette ville, qu'il ne prescrit plus maintenant comme vermifuge que la santonine, mais en aidant son action toutefois par l'addition d'un peu de jalap, comme suit :

Pr. Santonine pure.....	20 centigr.
Poudre de jalap.....	60 centigr.
Sucre en poudre....	2 grammes.

Faites une poudre, dont on renouvelle l'administration trois fois par jour. On augmente ou on diminue la dose ; on en continue plus ou moins l'emploi suivant l'âge des malades et la ténacité de la maladie. Toutefois, quand l'affection vermineuse est très-prononcée et rebelle, quand il s'agit surtout de combattre le ténia, la santonine ne suffit plus, et l'auteur s'est bien trouvé de lui associer dans ce cas la strychnine, bien entendu avec toutes les précautions que réclame l'emploi d'un agent aussi énergique. Il prescrit alors la poudre suivante :

Santonine pure..	2 gramm. et demi.
Strychnine......	7 centigr. et demi.
Poudre de racine de jalap........	12 grammes.
Sucre en poudre..	30 grammes.

Mêlez et divisez en vingt-quatre paquets, six par jour, un toutes les trois heures, en faisant prendre en outre au malade un peu de bouillon aux herbes. M. Cerri ajoute que le médecin doit s'assurer de la pureté de la santonine employée ; car il arrive fort souvent qu'on substitue dans le commerce à ce médicament, toujours d'un prix élevé, des substances complétement sans valeur.

ZINC *(Oxyde blanc de). Son influence sur la santé des ouvriers qui le manipulent.* Nous avons rapporté, dans notre numéro précédent, un exemple d'empoisonnement par suite de la manipulation des préparations de zinc, qui venait en quelque sorte à point nommé comme pour protester contre l'innocuité prétendue de cette substance et la sécurité exagérée qu'on a cherché à inspirer à cet égard au public. Voici de nouveaux faits plus concluants encore, que nous empruntons à un mémoire de MM. Landouzy et Maumené, de Reims, et où l'on trouve, en même temps que la preuve directe de l'influence délétère des émanations de zinc sur la santé des ouvriers qui y sont exposés, des indications utiles sur les mesures de précaution et de surveillance à prendre dans certaines industries qui nécessitent la manipulation du zinc.

Des ouvriers, au nombre de sept, employés à tordre, couper et battre des fils de fer destinés au ficelage des bouteilles de champagne, et qui, depuis longues années, se livraient à ce travail sans en avoir jamais éprouvé aucun inconvénient, ne tardèrent pas à éprouver des symptômes morbides analogues à ceux qui constituent l'empoisonnement métallique (coliques, courbature, anorexie, soif vive, dysphagie, avec angine spécifique, etc.), dès qu'on eut substitué aux fils de fer dont on se servait habituellement, l'usage de fils dits *galvanisés*, c'est-à-dire des fils de fer *zingués*, recouverts d'une poussière d'oxyde et de carbonate de zinc, qui s'en échappait en abondance et se répandait dans l'air, surtout pendant l'opération du battage de ces fils. Dès qu'on eut connaissance de ces accidents et de la cause qui les avait produits, on fit cesser le genre d'opérations en question et l'on ne mit plus entre les mains des ouvriers que des fers galvanisés, qu'on avait eu le soin de faire dépouiller de la couche de zinc qui les recouvrait, de manière à ce qu'il ne pût plus s'en dégager aucune parcelle de zinc à l'état de liberté. Du moment où les mêmes ouvriers, une fois rétablis, eurent repris leur travail habituel avec des fils de fer zingués, exempts de poussière de zinc, il ne se manifesta plus chez aucun d'eux le moindre symptôme morbide de la nature de ceux qu'ils avaient éprouvés quelque temps auparavant.

Il résulte encore des observations de MM. Landouzy et Maumené, cet autre fait, non moins important au point de vue de l'hygiène publique, c'est que par suite de l'usage de ces fils de fer zingués pour le ficelage des bouteilles, les vins qui résultent de la casse et du dégorgeage, et qui ont pu être plus ou moins longtemps en contact avec les fils de fer ainsi préparés, pouvant contenir une quantité plus ou moins notable de

zinc, à l'état d'oxyde ou de carbonate, ne sauraient sans inconvénients être livrés au commerce avant d'avoir été préalablement soumis à un examen. (*Compte-rendu de l'Acad. des sciences*, mai 1850.)

VARIÉTÉS.

—

Procès-verbal d'installation de M. le docteur Barrier *en qualité de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon;* — *et* **Compte-rendu de la pratique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon** *pendant six années,* 1844 *à* 1850, *par* **M. J. E. Pétrequin,** *à l'expiration de son service de chirurgien-major.*

Il existe dans les hôpitaux de Lyon un usage excellent qu'il serait désirable de voir se généraliser dans tous les grands établissements hospitaliers, et que nous regrettons en particulier de ne point voir adopter par les chefs de service des hôpitaux de Paris; cet usage, qui remonte à M. A. Petit, à qui on en doit l'initiative, consiste, de la part du chirurgien-major dont les fonctions viennent de périmer, à présenter, en séance publique, un compte-rendu de sa pratique pendant la durée de son majorat. Le chirurgien sortant accomplit par là un double devoir, vis-à-vis des administrateurs à qui il doit compte de la gestion qui lui a été confiée, vis-à-vis de ses confrères et de ses successeurs, à qui il paye ainsi le tribut de son expérience et des progrès qu'il a pu réaliser pendant les six années qu'il a exercé la plus éminente fonction chirurgicale sur l'un des plus vastes théâtres. On conçoit tous les avantages d'un pareil usage, qui est pour le chirurgien un puissant stimulant et un grand motif d'émulation, et pour la science une source véritable de progrès, en même temps qu'il fournit à l'histoire de l'art des éléments précieux. Chacun de ces compte-rendus présentant l'inventaire de la science et déroulant la série des recherches, des inventions ou des modifications qui y ont été introduites pendant le cours d'un exercice chirurgical, est en effet comme une sorte de stade historique qui marque le point de départ d'une ère nouvelle, et signale la voie et la direction des nouvelles recherches à faire. Si l'on ajoute enfin l'appareil et la solennité qui président à cette cérémonie de la transmission du majorat, on comprendra que cet usage n'ait pas peu contribué à imprimer à la chirurgie lyonnaise le lustre particulier qu'elle a acquis depuis la fin du dernier siècle.

La séance d'installation de cette année n'a été, ainsi qu'on pourra s'en assurer par le procès-verbal dont nous annonçons la publication, sous aucun rapport inférieure en éclat et en intérêt scientifique à ses devancières. Il suffirait au besoin, pour qu'on n'en doutât pas, de rappeler les noms du récipiendaire et du chirurgien sortant. Le discours d'installation, prononcé par M. Barrier, et dont le sujet est un aperçu des progrès de la médecine opératoire au dix-neuvième siècle, et le compte-rendu des six années d'exercice de M. Pétrequin ont dû, en effet, jeter sur cette solennité un éclat particulier.

Si le nom et les travaux de M. Pétrequin étaient moins connus des lecteurs du *Bulletin*, il suffirait d'une énumération rapide des objets de ses recherches, des méthodes et des procédés nombreux qu'il a inventés ou perfectionnés, pour faire apprécier toute l'importance de ce compte-rendu.

Esprit ingénieux, voué jusqu'à la passion à son art, plein d'initiative, quelque peu aventureux peut-être, mais moins sous la préoccupation d'accroître une renommée justement acquise, que dans le but de reculer les limites de la chirurgie et d'enrichir la thérapeutique de ressources nouvelles, M. Pétrequin a déployé pendant la durée de son majorat une activité peu commune. On peut citer des chirurgiens qui ont marqué dans la science par des découvertes et des travaux d'une plus grande valeur, mais il serait difficile d'en trouver un qui, dans le même espace de temps, ait donné plus de preuves de zèle et de dévouement pour la science.

Nos lecteurs connaissent, par l'insertion ou par la mention qui en a été faite dans nos colonnes, un grand nombre des travaux publiés durant ces dernières années par M. Pétrequin, travaux qui ont tous l'empreinte essentiellement pratique et qui reposent exclusivement sur des faits observés et recueillis dans le service chirurgical de l'Hôtel-Dieu. Au milieu de cette quantité d'observations, de méthodes, de procédés qui ne reposent pas sur moins de dix mille faits environ et de deux mille opérations, nous ne pourrons que citer au hasard ceux dont une lecture rapide de ce compte-rendu a laissé le souvenir dans notre souvenir.

Parmi les observations sur les maladies des organes des sens apparaissent en première ligne les cataractes, qui ont fourni à M. Pétrequin l'occasion d'exposer les caractères de la *cataracte noire*, dont le diagnostic lui a été singulièrement facilité par l'expérience *des trois images*, et l'histoire si singulière du *synchysis étincelant*, que ses recherches ont beaucoup contribué à éclairer. L'étude des corps étrangers introduits dans l'œil, le diagnostic des tumeurs de l'orbite, lui ont fourni quelques remarques d'une application pratique. A l'occasion des anus contre nature, l'auteur rappelle les services que lui a rendus sa pince à anus contre nature et la modification qu'il a introduite dans le procédé de la herniotomie. On trouvera au chapitre relatif à la taille la description d'une innovation opératoire, la *périnéotomie*, destinée à remédier aux accidents graves qu'entraînent les contusions violentes du périnée ; sous le titre relatif aux maladies des organes génitaux, un procédé pour la restauration du prépuce que l'auteur a appliqué à l'opération du phimosis et du paraphimosis, la description de son nouvel instrument pour le cirsocèle, son trocart à robinet pour hydrocèle, etc. On y retrouvera enfin, avec le plus vif intérêt, l'énoncé des tentatives si heureusement couronnées de succès du traitement des anévrysmes par la galvano-puncture. Ajoutons encore comme méthodes mixtes ou composées, les moyens prophylactiques de l'infection purulente par phlébite dont M. Pétrequin a eu l'occasion de faire dans quelques cas la plus heureuse application, et sa nouvelle méthode de traitement pour les tumeurs sanguines; et l'on aura une idée, quoique très-sommaire, de ce que renferme ce compte-rendu.

Quant au discours de M. Barrier, qui échappe par son sujet et sa nature même à toute analyse, il nous suffira de dire que c'est une appréciation aussi judicieuse qu'impartiale des progrès récents de la chirurgie, avec la mise en œuvre de tout le talent et de toute l'érudition que l'on connaît à son auteur.

Deux concours sont ouverts, en ce moment, à l'administration des hôpitaux, l'un pour quatre places de médecin, l'autre pour une place de chi-

rurgien au Bureau central. Le jury pour les places de médecin est ainsi composé : MM. Trousseau, Bricheteau, Boien, Béhier, Sandras, Henri, Robert Richot, Michon, titulaires ; Basin et Marjolin fils, suppléants. Les candidats inscrits pour prendre part aux épreuves sont au nombre de vingt-neuf : MM. Aran, Bell, Bergeron, Bernard (Paul), Bernutz, Boucher de la Ville Jony, Chammartin, Champeaux, Chayet, Davane, Delpech, Fleury, Foucaud, Fournet, Frémy, Gabalda, Gubler, Hérard, Hillairet, Homolle, Lusigne, Matice, Milcent, Moutain, Martin, Oulmont, Potevin du Motel, Roche, Richard, Sandin (Alphonse). — Pour le concours de chirurgie, le jury est composé de MM. Desprez, Velpeau, Malgaigne, Laugier, Vidal (de Cassis), Cazenave, Pelletan de Kainkelin, Voillemier, Delarroque, juges titulaires; *** suppléants. Les candidats, au nombre de quinze, sont : MM. Richard (Adolphe), Deville, Sapey, Depaul, Dequevauvillier, Demarquay, Guérin, Laborie, Boyer, Boinet, Broca, Houël, Follin, Blot, Jamin.

Notre savant confrère, M. le docteur Alquié, vient d'être nommé professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier.

Un prix de 10,000 fr. vient d'être fondé en faveur de la découverte d'un procédé reconnu efficace pour combattre l'affection dite *péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes.*

M. Delafont, professeur à l'École d'Alfort, a été nommé membre de l'Académie de médecine, section de médecine vétérinaire, par 55 suffrages, contre 31 donnés à M. Leblanc, et 5 à M. Bouley.

Le gouvernement vient de décider qu'un essai de bains publics, sur le modèle de ceux qui existent en Angleterre, serait fait dans Paris et dans toutes les villes qui voudraient participer efficacement à cette sage et utile institution.

Une terrible épidémie ravage en ce moment le Brésil et une partie du littoral de l'Amérique du Sud. La fièvre jaune, après avoir éclaté à Bahia, a paru ensuite à Fernambouc et à Rio-Janeiro, où elle a fait d'affreux ravages; remontant ensuite vers le nord, elle a paru à Sainte-Catherine, à Monte-Video et à Buenos-Ayres. De son côté, le choléra a reparu à la Nouvelle-Orléans et sur les bords du Mississipi ; mais c'est surtout à la Havane, dans l'île de Cuba qu'il est actuellement dans toute son intensité. Aux dernières nouvelles, plus de cinquante personnes par jour succombaient à ce terrible fléau. — On annonce aussi la réapparition du choléra dans la Bohême, à Prague, et dans quelques villes de la Silésie prussienne. A Louvain il y en a eu aussi quelques cas. A Paris deux ou trois cas disséminés ont été observés dans les hôpitaux, mais sans que rien puisse faire croire encore à une véritable influence épidémique.

Les administrations sanitaires persistent dans leurs anciens errements. Les bâtiments français, venant du port de Marseille, ont été soumis à une quarantaine de six jours par les bureaux sanitaires de Gênes et de Livourne, sous prétexte que les autorités françaises n'avaient pas adopté des mesures assez rigoureuses envers les navires arrivant du Brésil, où la fièvre jaune sévit avec violence.

Notre honorable confrère, M. Pommier, chirurgien de troisième classe de la marine, a reçu du Conseil municipal de Douarnenez une trousse de chirurgie, comme souvenir de son dévouement pendant l'épidémie cholérique de cette ville. Sur le portefeuille sont gravés ces mots : *Choléra.* — **1849.** — *Zèle et dévouement.* — *La ville de Douarnenez à M. Pommier, chirurgien de la marine.* On se rappelle que cet honorable confrère a déjà reçu pour la même cause une épée d'honneur des habitants de l'Ile-de-Sein.

Dans la séance du 1er juin, le Conseil d'Etat (section du contentieux) a décidé que les officiers de santé peuvent fournir des médicaments aux personnes près desquelles ils sont appelés, lorsqu'il n'existe pas dans la commune de pharmacie ouverte au public, sans être pour cela considérés comme exerçant la profession de pharmaciens; mais que, lorsqu'au contraire il existe déjà des officiers de pharmacie dans une commune, l'officier de santé qui vend des remèdes, même aux malades qu'il traite, doit être soumis à la patente de pharmacien... Le Conseil d'Etat ne nous paraît pas très-ferré sur la législation qui régit l'exercice de la profession médicale et pharmaceutique. Le docteur ou officier de santé qui vend des médicaments dans les communes où il existe une pharmacie, n'est pas seulement passible de la patente, mais bien d'une véritable pénalité édictée par la loi.

Nos deux honorables confrères, MM. les docteurs Dupré, de Montpellier, et Gaussail, de Toulouse, ont été présentés au choix du ministre, en vertu de la loi organique qui régit les Ecoles préparatoires de médecine, pour la chaire laissée vacante à Toulouse par le décès de M. Lafont-Gouzi.

La Commission nommée par le ministre de l'instruction publique, pour examiner les diverses questions relatives à l'organisation des Ecoles de pharmacie, s'est prononcée pour le maintien de ces écoles et des cours tels qu'ils sont professés en ce moment; en outre elle a demandé des examens devant une école spéciale, un titre particulier pour les pharmaciens reçus par les écoles supérieures, et un plus grand développement pour les manipulations chimiques et toxicologiques, ainsi que les autres études pratiques.

Il y a dans ce moment en Angleterre une croisade contre le spéculum ou plutôt contre le médecin qui en a importé l'usage, M. le docteur Henry Bennet, dont l'ouvrage sur les maladies de l'utérus a paru récemment en France. Qui le croirait! c'est un homme distingué, M. Robert Lee, qui est à la tête de cette croisade. Pour donner une idée du genre de polémique adopté dans cette querelle, nous dirons qu'un des adhérents de M. Lee, M. Tyler Smith, reproche à M. Bennet comme autant d'*immoralités injustifiables* les deux mille examens qu'il a pratiqués à son dispensaire, attendu qu'un homme n'a pas le droit de passer une femme au spéculum, *sans motifs graves*, et que c'est *faire injure à la modestie des* femmes que de dire qu'il n'y a pas plus de mal à inspecter le vagin que le pharynx... Avec un pareil système, on serait bientôt revenu aux *matrones jurées* du moyen âge.

La Société de médecine de Toulouse propose pour sujet du prix de 300 francs à décerner en 1851 la question suivante : *Des convulsions survenant pendant le travail d'un accouchement à terme*; *quelles sont les indications à remplir et les moyens à employer*; et pour le prix de 300 francs à décerner en 1852 les questions suivantes : 1° *De l'influence des remèdes secrets sur la médecine et la pharmacie, au double point de vue scientifique et professionnel;* 2° *Des remèdes dits spéciaux, considérés au même point de vue*; 3° *De la jurisprudence française en matière de remèdes secrets spéciaux.*

On annonce la création de deux chaires d'homœopathie à la Faculté de Madrid, l'une théorique, l'autre pratique; l'une d'elles est confiée à ce certain M. Nunez, qui fit tant de bruit sous le général Espartero par des intrigues de palais.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS CHIMIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LE TARTRATE DE POTASSE ET DE FER (tartrate ferrico-potassique).

Par M. MIALHE, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

L'efficacité du fer en thérapeutique est tellement incontestable, qu'il n'y a plus lieu maintenant qu'à rechercher le mode de préparation préférable à employer pour l'administration de ce médicament. Tous les jours sont recommandées aux praticiens différentes préparations ferrugineuses, comme étant chacune la plus commode et la plus efficace : sans vouloir faire le procès à aucune d'elles, il semble toutefois convenable de se rendre compte des phénomènes déterminés par l'ingestion des ferrugineux dans l'économie, et de fixer son choix sur ceux d'entre eux qui atteignent le mieux le but qu'on se propose, c'est-à-dire la régénération des globules sanguins.

Dans un travail spécial sur le fer et ses composés usités en médecine, imprimé en 1845 (1), j'ai tiré, des recherches auxquelles je me suis livré, cette conclusion :

« Que parmi les préparations martiales solubles, celles qui sont à la fois les moins sapides, les plus riches en fer, les plus complétement absorbables, doivent être toujours préférées ; et à ces titres aucune préparation de fer ne peut être mise en ligne avec le tartrate de potasse et de peroxyde de fer (tartrate ferrico-potassique) ; c'est pourquoi je pense, avec M. Soubeiran, que ce composé peut présenter dans l'emploi médical des avantages que l'on ne retrouverait *peut-être* pas dans les autres préparations ferrugineuses. »

Actuellement, je suis en possibilité de démontrer, d'une manière positive, que le doute exprimé alors sur l'efficacité particulière du tartrate ferrico-potassique, est devenu une certitude absolue.

§ I. — Je suis arrivé à ce résultat en répétant les expériences de M. Leras, de Brest, relativement à l'action du suc gastrique sur les préparations martiales employées en thérapeutique.

M. Leras a mis en présence d'une quantité suffisante de suc gastrique, extrait de la caillette d'un bœuf, les différentes dissolutions des sels de fer employées en médecine, et il a obtenu pour résultat, qu'à l'exception du tartrate ferrico-potassique et du pyrophosphate de

(1) Traité de l'art de formuler.

fer et de soude, tous les autres composés de fer, sans en excepter le citrate et le lactate, ont fourni un précipité instantané et abondant.

En soumettant ces expériences à un nouvel examen, je ne suis pas arrivé aux mêmes résultats que M. Leras ; j'ai reconnu que toutes les dissolutions de sels de fer, y compris le tartratre ferrico-potassique et le pyrophosphate de soude et de fer, précipitent en plus ou moins grande quantité, en présence des sucs gastriques.

La différence des résultats obtenus tient à ce que M. Leras a employé des sels basiques, c'est-à-dire un tartrate ferrico-potassique ammoniacal et un pyrophosphate ferrico-sodique avec excès de soude, tandis que je me suis servi de sels chimiquement neutres.

Quant aux préparations martiales insolubles qui, introduites directement dans l'estomac, nécessitent, pour devenir solubles, l'intervention des acides gastriques, je me suis assuré, par des expériences multipliées, qu'au moment de leur dissolution par l'acide du suc gastrique, elles forment également un précipité en présence de l'excès d'acide réagissant.

Il est donc bien établi que toutes les dissolutions ferrugineuses précipitent en totalité ou en partie, en présence des sucs gastriques, formant, avec les matières animales de ces sucs, un composé insoluble qui franchit le pylore et passe dans l'intestin grêle.

Dans l'intestin grêle, en présence des sucs alcalins, le précipité subit une nouvelle décomposition, les acides s'unissent aux bases des sucs alcalins et mettent l'oxyde de fer en liberté ; celui-ci, restant insoluble, se mêle aux fèces avec lesquelles il est expulsé, sans aucun avantage pour l'économie.

Ainsi, les préparations martiales introduites dans les voies digestives n'ont de conditions d'absorption que dans l'estomac, par la petite quantité échappée à l'action du suc gastrique, laquelle s'absorbe directement ; ou bien par l'infime portion du précipité qui a pu se dissoudre sous l'influence du suc gastrique en excès : car, dans les intestins, où elles sont rapidement chassées, elles perdent immédiatement toute efficacité par la décomposition de leurs principes, et par l'absence de l'élément acide qui est indispensable à leur solubilité, et conséquemment à leur absorption.

En est-il de même du tartrate ferrico-potassique ?

A le considérer seulement dans l'estomac, il n'offre aucun avantage sur les autres sels de fer ; comme eux il est soumis à la loi générale, au précipité par le suc gastrique et aux conditions d'absorption que nous avons indiquées. Mais ce qui constitue sa prééminence sur tous les autres, c'est qu'en arrivant dans l'intestin, et se trouvant en pré-

*

sence des sucs alcalins, il n'est pas décomposé, et comme l'acide qui avait donné lieu à sa précipitation s'unit aux bases alcalines, il reprend la solubilité qu'il avait momentanément perdue et est alors absorbable dans toute la longueur du tube intestinal, de telle sorte qu'il pourrait être administré avec un égal succès par la bouche ou par le rectum.

Par conséquent, s'il n'est absorbé qu'en plus ou moins grande quantité dans l'estomac, il le sera certainement en totalité dans les intestins ; et son action sera en rapport direct avec la dose ingérée ; elle pourra être sûrement augmentée ou diminuée, ce qui est d'un avantage thérapeutique inappréciable.

Car pour toutes les autres préparations martiales, soit solubles, soit insolubles, il faut tenir compte uniquement de la portion rendue active pendant le trajet à travers le canal digestif, et nullement de la quantité primitive ingérée : ainsi, l'absorption dépendra de la quantité et de l'acidité du suc gastrique existant au moment de l'ingestion du médicament, et rien de plus variable que le suc gastrique chez différents individus, et même chez un seul individu dans des instants différents ; cette absorption sera variable, limitée, lente dans ses effets, et devra être nécessairement longtemps prolongée. Il en résulte que dans quelques cas graves et pressants, ces médicaments ne peuvent présenter les avantages qu'on obtient de l'emploi du tartrate ferrico-potassique qui peut être immédiatement absorbé, et en telle quantité qui sera nécessaire.

§ II. Après leur absorption, les préparations martiales ne sont propres à récupérer le cruor, qu'autant qu'elles peuvent être décomposées par les substances alcalines contenues dans le sang : le sel ferrugineux absorbé, et l'albuminate de soude existant dans le torrent circulatoire, se décomposent mutuellement ; il se produit un nouveau sel de soude et de l'albuminate de fer, véritable base du cruor : c'est donc par un fait chimique des plus simples, par une double décomposition que le globule sanguin, ou pour mieux dire, la trame du globule prend naissance.

Cette décomposition chimique opérée, on ne retrouve jamais de fer dans les urines ; car l'oxyde de fer participe alors aux propriétés de texture organique des éléments albumineux avec lesquels il vient de se combiner, et cette texture ne leur permet pas de sortir des vaisseaux qui les contiennent.

Mais certains sels de fer, après leur absorption, ne peuvent être décomposés par les substances alcalines du sang ; tels sont les cyanures de fer et de potassium ; ils passent alors en entier dans les urines, et ne sont d'aucune utilité pour l'économie qui les expulse.

Comment le tartrate ferrico-potassique qui, lui aussi, a la propriété de résister à l'action des alcalis les plus énergiques, et par conséquent à l'action des alcalis du sang, ne se trouve-t-il jamais dans les urines, et est-il retenu dans l'économie qui en fait son profit?

C'est parce que, au fur et à mesure que les éléments de l'acide tartrique sont transformés en d'autres produits par l'oxygène du sang, l'oxyde de fer mis en liberté se combine directement avec les éléments albumineux pour concourir à la reconstitution des globules sanguins.

§ III. Après avoir examiné les diverses réactions chimiques auxquelles sont soumises les préparations martiales, après avoir démontré que, théoriquement, le tartrate ferrico-potassique est de tous les sels ferrugineux celui qui, par sa facile absorption et sa fixité particulière, semble le plus propre à rendre au sang les éléments nécessaires, il reste à vérifier si les avantages chimiques sont en rapport avec la valeur thérapeutique.

D'abord, rappelons que les préparations ferrugineuses employées en médecine ont été reconnues comme ayant toutes une action plus ou moins efficace, suivant la solubilité et la composition chimique de chacune d'elles. Pourquoi le tartrate ferrico-potassique ne jouirait-il pas de ces propriétés vivifiantes de tous les sels ferrugineux?

Le doute n'est pas permis sur son efficacité, si l'on se rappelle les succès des anciennes préparations martiales, *tartre chalybé*, *tartre mortial soluble*, *teinture de mars tartarisée*, *extrait de mars*, *boules de mars ou de Nancy*, dont il constitue les bases dans des proportions différentes.

« C'est pourquoi, dit M. Soubeiran (1), le tartrate de potasse et de « fer paraît être un bon médicament : l'extrême solubilité du fer dans « cette combinaison, l'espèce de fixité qu'il y acquiert, ne peuvent être « des circonstances indifférentes pour l'emploi médical ; mais on de- « vrait abandonner ces vieilles formules nées à une époque où la science « ne permettait pas de mieux faire, et recourir directement à la com- « binaison bien définie du tartre de potasse avec le tartrate de peroxyde « de fer, qui réunit tous les avantages des anciennes formules sans en « avoir les inconvénients. »

Le premier, j'ai répondu à cet appel de mon savant et excellent maître, et j'ai publié, en 1845 (2), plusieurs formules pharmaceutiques ayant pour base ce composé salin, dans le but d'en régulariser le mode d'administration.

(1) Traité de pharmacie.
(2) Art de formuler.

Depuis ce temps, il est entré dans le domaine de la pratique médicale; son usage est sanctionné par l'expérience clinique et l'autorité de MM. Trousseau, Pidoux, Ricord, Puche, Blache, Monod, et d'un si grand nombre de praticiens, qu'il n'est plus possible d'en méconnaître les heureux résultats.

Sa saveur ferrugineuse, à peine sensible, lui permet d'être supporté par les estomacs les plus réfractaires aux sels de fer, et comme par sa nature chimique il ne produit ni précipitation, ni astriction, il ne saurait, même ingéré à haute dose et chaque jour, donner lieu soit aux constipations opiniâtres, soit aux irritations douloureuses du tube digestif, qui, le plus souvent, entravent l'emploi des autres préparations ferrugineuses.

Si dans quelques cas il a pu déterminer de la diarrhée, c'est qu'il était impur, et tel qu'on le délivre souvent dans le commerce de la droguerie; il contient alors une grande quantité de crème de tartre, et constitue une préparation plutôt purgative que réellement ferrugineuse.

Pour obvier à ce grave inconvénient du tartrate de potasse et de fer du commerce, il est indispensable que chaque pharmacien prépare lui-même son tartrate ferrico-potassique en faisant réagir au bain-marie un excès d'hydrate de peroxyde de fer sur de la crème de tartre délayée dans six à sept fois son poids d'eau. Aussitôt que la saturation est complète, ce que l'on reconnaît à la fois à la coloration rouge foncée qu'acquiert la liqueur et à la saveur douceâtre qu'elle manifeste, on filtre au papier, on met la dissolution saline dans des assiettes, et l'on en opère la dessiccation à l'étuve. C'est dans cet état de pureté que le tartrate ferrico-potassique doit être employé.

Le tartrate ferrico-potassique nous paraît donc, par ses propriétés chimiques et thérapeutiques, celui de tous les composés ferrugineux qui atteint le mieux le but qu'on se propose en introduisant le fer dans l'économie, c'est-à-dire la régénération des globules sanguins.

Désireux d'en rendre l'administration plus facile et plus usuelle, nous avons déjà publié plusieurs formules, celles de pilules, de sirop, d'eau ferrée gazeuse, de solution ferrée, etc. (1). Nous croyons devoir

(1) Aucune de ces formules n'ayant été publiée dans le *Bulletin de Thérapeutique*, nous pensons être agréable à nos lecteurs en reproduisant ici celles d'entre elles qui ont été le plus généralement adoptées : les pilules et le sirop.

Pilules ferrugineuses au tartrate ferrico-potassique.

PR. Tartrate ferrico-potassique.......... 25 grammes.
Sirop de gomme............... Q. S., environ 5 grammes.

F. S. A. 100 pilules argentées, lesquelles pèseront environ 30 centigram-

y joindre une nouvelle préparation de pastilles que les enfants et les personnes les plus difficiles peuvent prendre sans aucune répugnance.

Pastilles ferrugineuses au tartrate ferrico-potassique.

Pr. Sucre pulvérisé.................. 1000 grammes.
Tartrate ferrico-potassique........ 50 grammes.
Gomme adraganthe pulvérisée...... 10 grammes.
Sucre vanillé au 8e.............. 30 grammes.
Eau.......................... 100 grammes.

F. S. A. une pâte homogène à diviser en 1000 pastilles, dont chacune contiendra 0,05 centigrammes de tartrate ferrico-potassique.

Mialhe, D. M.

REMARQUES SUR LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU PAR LES VÉSICATOIRES VOLANTS (1).

Par M. Martin-Solon, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Depuis que M. Briquet a fixé l'attention des médecins sur cette médication (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XXIII, p. 328), beaucoup de praticiens l'ont mise en usage avec succès. MM. Blache, Forget, Devergie, Legroux, Bricheteau, et plusieurs autres médecins l'ont employée comme méthode habituelle.

L'importance que John Haygarth attachait, en Angleterre, à l'usage de la poudre de quinquina dans le traitement du rhumatisme aigu, et que M. Gueneau de Mussy a rappelée dans un savant rapport fait à l'Académie (Bulletin de l'Académie, t. VIII, p. 914), ne laissait point de doute sur l'efficacité de l'écorce du Pérou contre cette maladie. On s'étonne seulement qu'une méthode aussi utile ait pu tomber complétement dans l'oubli, jusqu'à la publication des importantes observations de M. Briquet.

mes chacune, et contiendront 25 centigrammes de tartrate de potasse et de fer, c'est-à-dire plus du double de principe actif que n'en renferment les pilules de Blaud et celles de Vallet.

Sirop ferrugineux au tartrate ferrico-potassique.

Sirop de sucre blanc...................... 500 grammes.
Tartrate ferrico-potassique, eau de cannelle,
de chaque.............................. 16 grammes.

Faites dissoudre le tartrate de potasse et de fer dans l'eau de cannelle, filtrez la solution, ajoutez-la au sirop simple et agitez convenablement le tout, afin d'obtenir un mélange parfait.

Bien que ce sirop soit très-chargé de fer, puisqu'il contient 1 gramme de sel ferrique par 30 grammes, son goût n'est pas désagréable et il est pris par les enfants avec la plus grande facilité. (*Note du rédacteur.*)

(1) Voir la livraison du 15 mai, page 385.

M. Dechilly a prescrit à quelques-uns de ses rhumatisants le nitrate de potasse, mais il a trouvé ce médicament insuffisant contre l'arthritis; il lui reproche même d'avoir, dans plusieurs cas, produit des gastrites. Donné à la dose de 2 grammes par litre de tisane, ainsi que l'a fait M. Dechilly à plusieurs malades le nitrate de potasse ne pouvait exercer d'action contro-stimulante sur le rhumatisme; mais nous sommes étonné qu'à cette dose il ait communément produit des gastrites. Depuis que Brocklesby a introduit en 1764 l'usage du nitrate de potasse à haute dose dans le traitement du rhumatisme aigu, ce médicament a été employé avec des succès plus ou moins marqués, d'abord par quelques médecins étrangers. Notre confrère, M. Kapeler, en a fait ensuite usage à l'hôpital Saint-Antoine; plus tard, MM. Desportes, Bagneris, Gendrin, Forget (de Strasbourg), Selade (de Bruxelles), Hartung (d'Aix-la-Chapelle), et beaucoup d'autres médecins ont vanté les bons effets de ce sel à haute dose. Seulement tous reconnaissent, comme le fait remarquer M. De Villiers dans son article Nitrate de potasse du grand Dictionnaire de Médecine, qu'il faut avoir soin de l'étendre dans une suffisante quantité de véhicule. Quant à nous, depuis les faits que nous avons eu l'honneur de communiquer à l'Académie, il y a quelques années (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XXV, p. 101), ce médicament, prescrit dans les conditions que nous avons indiquées, nous a toujours procuré de remarquables succès, donné à la dose de 24 à 36 grammes, dissous dans trois litres de limonade ou d'une infusion agréable et sucrée. Presque constamment nous l'avons employé seul. Dans quelques cas de complication d'endocardite nous prescrivons, concurremment avec lui, une ou deux saignées et des ventouses; nous avons toujours eu à nous louer, même dans ces derniers cas, de ses effets thérapeutiques.

L'observation suivante, la dernière que nous ayons recueillie dans notre service, vient à l'appui de cette assertion.

Obs. IV. Un garçon limonadier, âgé de vingt-un ans, d'un tempérament lymphatique sanguin, et d'une constitution assez forte, sujet depuis l'âge de douze ans aux rhumatismes articulaires, s'expose au refroidissement de la cave, et contracte pour la troisième fois une arthritis, le 10 avril 1849. Il veut d'abord résister à la douleur; mais bientôt, sans avoir fait de remède, et sa maladie augmentant toujours, il est obligé d'entrer à l'Hôtel-Dieu. On le place salle Saint-Lazarre, où nous le voyons le lendemain 13 avril, troisième jour de sa maladie : facies assez animé, peau chaude, pouls large, à cent huit battements, langue saburrale, genou gauche douloureux et tuméfié par un épanchement de plus de 150 à 200 grammes de synovie soulevant la rotule. L'articulation tibio-tarsienne, de ce côté, est également rouge, tendue et douloureuse. Le genou et le cou-de-pied droits sont rhumatisés depuis la veille seulement. L'acuité de l'affection,

sa disposition à devenir générale, et la longue durée des artrhitis antérieures, déterminent à prescrire immédiatement 24 grammes de nitrate de potasse, à diviser et à dissoudre dans trois litres de limonade, que le malade prendra par verre, dans les vingt-quatre heures.

Le 14 avril, l'état général est plus satisfaisant, mais les jointures examinées la veille ne sont pas diminuées de volume, et le rhumatisme a envahi le coude droit. 30 grammes de nitrate de potasse dans trois litres de limonade.

Le 15, le nitrate de potasse est très-bien toléré par l'appareil digestif, la soif diminue; la tuméfaction du genou gauche est beaucoup moindre, et les mouvements des membres inférieurs commencent à devenir possibles et moins douloureux; épistaxis; le pouls est à quatre-vingt-huit battements, mais toutes les cinquièmes ou sixièmes pulsations semblent hésiter, se faire attendre, pour ainsi dire, par la lenteur de leur diastole, et présentent une espèce d'intermittence presque complète. La même irrégularité existe au cœur, sans anxiété précordiale, sans matité et sans douleur à la percussion. Ce début d'endocardite détermine une modification dans le traitement, et fait prescrire une saignée déplétive de 200 grammes; cinq ventouses sur la région précordiale, tout en continuant l'usage du nitrate de potasse à la dose de 30 grammes.

Le 16 avril, quatre-vingt-huit battements artériels; l'espèce d'hésitation ou d'intermittence est moins prononcée, et n'a plus lieu que toutes les 10 ou 12 pulsations. Le sang présente un quart en volume de sérum, le caillot est couvert d'une couenne peu épaisse, mais dense, ainsi que le cruor. Cependant, de l'aveu des assistants, ce sang est certainement beaucoup moins riche et couenneux que ne le serait celui d'une première saignée, chez un rhumatisant qui n'aurait pas été modifié par le nitrate de potasse ou tout autre agent. Les premières articulations malades sont dans un état satisfaisant; le coude est encore sensible à la pression, le poignet gauche est devenu un peu gonflé et douloureux; le malade a seulement pris deux pots de tisane, la soif étant beaucoup moindre. 20 grammes de nitrate de potasse dans deux litres de limonade.

Le 17, bon sommeil; transpiration; urine assez abondante, dense et chargée de nitrate de potasse; quatre-vingts pulsations nettes et régulières; les membres inférieurs sont mobiles et indolents; les synoviales ne contiennent plus que quelques traces de synovie; le poignet gauche n'est presque plus douloureux. 20 grammes de nitrate de potasse; sirops.

Le 18, bon sommeil, pouls normal, trois garderobes bilieuses, 16 grammes de nitrate de potasse.

Le 19, état des jointures de plus en plus satisfaisant, garderobes normales. 16 grammes de potasse, demi-cinquième.

Le 20, dixième jour de la maladie, septième du traitement, les articulations n'offrent pas trace de rhumatisme, l'appétit est satisfaisant.

Le lendemain, le malade se lève, marche sans douleur et avec la plus grande facilité; le pouls donne cinquante-deux battements réguliers, le cœur ne présente aucun bruit anormal; la digestion est facile, la convalescence très-franche. Le jeune homme retourne à son travail, en parfaite santé, le 29 avril.

La plupart de nos observations antérieures prouvent que le nitrate de potasse agit promptement sur l'arthritis aiguë, et empêche presque

toujours une nouvelle jointure d'être envahie pendant le traitement. La diathèse très-prononcée de ce malade rend raison tout aussi bien du processus rhumatismal qui a eu lieu vers quelques articulations, que de celui qui s'est fait momentanément sur l'endocarde. Le succès du nitrate de potasse dans ce cas d'arthritis compliquée d'endocardite, prouve suffisamment l'efficacité de ce contro-stimulant, pour dissiper les craintes et les appréhensions exprimées par M. Dechilly sur cette médication.

Plusieurs observations de M. Dechilly, et celles que nous avons recueillies nous-même, démontrent d'une manière évidente l'efficacité des vésicatoires nombreux et larges, dans le traitement de l'arthritis aiguë. Mais ces observations font voir, contre l'attente de M. Dechilly, que l'action des vésicatoires est plutôt antiphlogistique et locale que antirhumatismale ; c'est ce qui explique comment, après l'application de chaque vésicatoire, l'inflammation abandonne, il est vrai, l'articulation sur laquelle celui-ci a été placé, mais comment aussi la phlegmasie se propage à une autre jointure, non affectée jusque-là. Le nitrate de potasse semble, au contraire, atteindre la cause rhumatismale avant d'attaquer la localisation articulaire. Aussi, dans les cas de monarthrite aiguë idiopathique, de larges vésicatoires ont-ils des résultats plus rapides et plus évidents que le nitrate de potasse et le sulfate de quinine, qui alors échouent presque toujours. Si on compare le mode d'action de ces différents moyens, sulfate de quinine, nitrate de potasse et vésicatoires à haute dose, que l'on nous permette cette expression, on devra voir qu'ils se rapportent tous au contro-stimulisme, et que, bien qu'appliquées à l'extérieur, les cantharides ne produisent pas seulement une action locale, mais qu'une partie de leurs principes est absorbée et donne lieu, comme le sulfate de quinine et le nitrate de potasse, aux effets contro-stimulants de l'école italienne : la diminution de l'activité circulatoire et l'abaissement de la chaleur générale. Il est probable que c'est à la grande quantité des principes de la cantharide absorbés que l'on doit de ne pas voir se développer, pendant la médication de M. Dechilly, de cystite, ou d'albuminerie cantharidienne. La dose des cantharides est ici contro-stimulante, et non excitante ; elle dissiperait même la dysurie, si cet accident venait à se développer. Ne sait-on pas en effet que Groenevelt, médecin anglais, conseillait en 1698, à Londres, de hautes doses de cantharides en poudre, contre la dysurie (*Tutus cantharidum usus internus*, in-8°), et que Robertson (d'Edimbourg) recommande à haute dose la teinture de ce coléoptère, contre la blennorrhagie ? (Trousseau et Pidoux, t. I, p. 451.) L'une des observations de M. Dechilly donne un exemple de cessation de dysurie, bien que

l'on ait continué l'application des vésicatoires. Cette tolérance du col de la vessie pour les cantharides à haute dose est la même que celle qui permet à l'estomac de supporter des doses élevées de tartre stibié.

Si la méthode de M. Dechilly contre le rhumatisme aigu nous semble moins avantageuse que celle des contro-stimulants internes, le sulfate de quinine et le nitrate de potasse, c'est que ces derniers exercent en outre une action directe et spéciale sur l'état morbide du sang, laquelle combat le rhumatisme et augmente le résultat thérapeutique, bien que notre confrère se refuse de l'admettre.

Si la médication vésicante nous semble moins proposable aux sujets délicats et irritables que la prescription du nitrate de potasse ou du sulfate de quinine, convenablement administrés, c'est que peu de personnes, en ville surtout, accepteraient ou supporteraient facilement des vésicatoires si larges et si nombreux.

Il n'en est pas moins vrai que nous regardons la médication de M. Dechilly comme une méthode de thérapeutique importante, pouvant remplir des indications utiles dans le traitement du rhumatisme, comme moyen adjuvant; que même nous la croyons préférable aux autres méthodes, par exemple dans les cas d'affaiblissements constitutionnels ou morbides, et dans le cas des troubles digestifs qui contre-indiqueraient l'usage des contro-stimulants internes. Cette médication mérite donc de fixer l'attention des observateurs et des praticiens.

MARTIN-SOLON.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOUVELLE MÉTHODE D'AUTOPLASTIE SUS-HYOÏDIENNE A DOUBLE PAN DE LAMBEAUX.

La diversité des procédés opératoires qu'exigent les différentes difformités à réparer, commande, plus encore que la nouveauté du sujet, la mention des tentatives ingénieuses qui surgissent chaque jour dans la pratique chirurgicale. A ce titre, l'observation suivante, publiée dans la Revue médico-chirurgicale, par M. le docteur Roux (de Brignolles), nous a paru digne d'être portée à la connaissance de nos lecteurs.

Obs. Théodore Eberlin, âgé de trente-quatre ans, né à Metz, a servi six ans en Algérie, et a prolongé ensuite son séjour dans cette colonie pendant quatre ans, exerçant sa profession de cuisinier.

Le 7 juin 1848, au moment où il posait devant lui un fusil chargé à balle, l'arme partit ; le coup de feu traversa la région sus-hyoïdienne, blessa la langue, emporta trois dents incisives du maxillaire supé-

rieur, passa sous la lèvre supérieure, pénétra dans le nez où il fractura les cornets gauches, et sortit à travers l'apophyse montante du même côté. Transporté à l'hôpital militaire de Tlemcen, on passa une sonde œsophagienne qui servit à nourrir le blessé pendant vingt-trois jours.

A la suite de cette grave lésion, le nez s'affaissa, la face s'aplatit et devint même un peu creuse. La mâchoire inférieure resta plus saillante que la supérieure. L'ouverture d'entrée, restée béante, prit des dimensions remarquables qui seront décrites plus loin; celle de sortie se cicatrisa et les os de la face se consolidèrent. La destruction des cornets et la disparition de la luette, que je ne sais à quoi attribuer, laissèrent la voix nasonnée comme après la perforation du voile du palais.

Le docteur Dupeyré, d'Oran, engagea Eberlin à venir à Paris, auprès de M. le professeur Velpeau, pour se faire réparer l'énorme perte de substance qui laissait échapper la salive, les aliments et les boissons, et qui devait nécessairement altérer, par la suite, la santé d'Eberlin. M. le docteur Dupeyré se rappelait, sans doute, les succès obtenus par le chirurgien de la Charité dans des circonstances analogues, et il avait raison de lui fournir une nouvelle occasion de répéter des procédés ingénieux.

Eberlin quitta l'Afrique et s'arrêta à Marseille, où il entra à l'Hôtel-Dieu, le 28 novembre 1848, pour en sortir dans le même état le 12 juin 1849. Pendant son séjour dans cet hôpital, trois cautérisations avec le cautère actuel avaient été faites sans avantage autour de l'ouverture inférieure du trajet fistuleux, et si l'on avait renoncé à toute tentative d'autoplastie, c'est que la *plication* et l'*enroulement du lambeau* n'avaient pas paru offrir, sans doute, assez de chances de succès.

Eberlin ne put, à cause de son infirmité, trouver un emploi de cuisinier, de garçon de café ou de domestique, et il demanda, comme une faveur, de rentrer à l'Hôtel-Dieu, où il fut admis pour la seconde fois le 29 août dernier. On ne tenta plus rien sur lui, et il remplit les fonctions d'infirmier jusqu'au moment où je fus chargé de la clinique externe, le 22 novembre 1849.

Quand ce malade se présenta à mon examen, je remarquai au plancher buccal une grande ouverture oblique se dirigeant de haut en bas et de l'espace décrit par l'arcade dentaire de la mâchoire inférieure jusqu'au-dessus de l'os hyoïde, où elle était entourée de cicatrices fort nombreuses et fort étendues.

Le doigt, promené derrière le corps de la mâchoire, ne rencontrait qu'une surface arrondie et lisse. Huit mois environ après l'accident, le malade avait recueilli une esquille d'un centimètre de large sur un centimètre cinq millimètres de long, portant sur une de ses faces une sail-

lie bien marquée. Comme il n'y a pas eu d'autre pièce d'os recueillie, on doit penser que c'était l'apophyse géni et une lame de la surface interne du maxillaire. Le coup de feu avait détruit, avec cette éminence osseuse une partie des muscles génio-glosses, génio-hyoïdiens, mylo-hyoïdiens, le ventre antérieur du digastrique et l'entrecroisement des premiers, l'aponévrose sus hyoïdienne et la peau ; aussi la langue était-elle portée en arrière, et racornie à droite par une cicatrice qui s'étendait de la base à la pointe sur son bord droit. Le larynx était peu saillant et entraîné à gauche ; l'os hyoïde avait suivi la même direction.

Les cicatrices que l'on remarquait au-dessous du menton et autour de l'ouverture fistuleuse se dirigeaient surtout vers les branches de la mâchoire, et présentaient, à droite, une étendue de trois centimètres cinq millimètres, et à gauche, de quatre centimètres cinq millimètres, en tout huit centimètres de long et une grande épaisseur. Ces deux cicatrices principales se réunissaient en avant sur le centre du bord inférieur de l'os, et avaient là une grande dureté. Dans le canal fistuleux, d'autres cicatrices unissaient la peau de la partie antérieure du cou avec la muqueuse buccale. Ce point d'union était difficile à trouver, tant la salive avait assoupli et presque dénaturé la peau par son passage continuel ; les poils seuls la faisaient reconnaître. Le malade tâchait de fermer ce large canal au moyen d'un bouchon de liége de deux centimètres cinq millimètres de haut sur trois centimètres deux millimètres de large, qu'il plaçait même obliquement.

Ce corps étranger, sans lequel Eberlin ne pouvait ni boire, ni manger, ni retenir la salive, peut donner une idée de l'énorme perte de substance que le chirurgien avait à restaurer pour lui rendre un aspect supportable et la santé. Lorsque j'examinai ce malade pour la première fois, je déclarai aux élèves présents que j'avais besoin de réfléchir pendant quelques jours sur sa situation, ne promettant encore rien, mais ne désespérant point de pouvoir tenter quelque procédé nouveau, si ceux déjà connus étaient insuffisants.

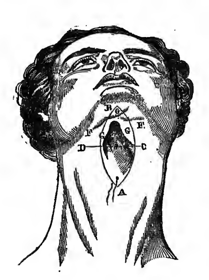
En méditant sur les accidents éprouvés par M. Velpeau dans ses deux opérations (Voir le deuxième volume du *Traité de chirurgie plastique* de M. Jobert, chapitre premier), sur la longueur présumée du traitement, sur le besoin de cautériser avec un fer rouge pour faire de nouveaux points de suture, sur l'irrégularité des cicatrices dont on ne parle pas, mais qu'il est facile de deviner, je renonçai aux procédés employés. Mon malade avait subi, sans avantage, des tentatives douloureuses, et il était trop disposé à renoncer à toute nouvelle opération dont le succès paraîtrait douteux ou éloigné. J'aurais probablement obtenu un bouchon roulé ou plié en deux, mais insuffisant, en disséquant, comme le

conseille M. Velpeau, un lambeau de deux pouces de long sur un pouce de large; et je connais trop bien les inconvénients de donner une grande longueur aux lambeaux pris au cou, pour dépasser des limites qui exposent déjà à la gangrène.

Je préférai procéder ainsi qu'on va le voir, espérant obtenir à la fois rapidité et solidité de résultats, régularité plus parfaite des parties.

Deux lignes semi-elliptiques devaient cerner l'ouverture fistuleuse, et descendre dans une étendue de six centimètres de la houppe du menton ou un peu au-dessous jusqu'à l'espace thyro-hyoïdien.

Je ne traçai d'abord que leur moitié inférieure, des points CD au point de réunion A, formant en bas l'angle d'un lambeau qui fut disséqué et relevé de manière à servir de doublure à la moitié supérieure de la suture, et à augmenter l'épaisseur du plancher de nouvelle création. L'extrémité de ce lambeau fut tenue relevée par un fil fixé à l'épingle qui forme en haut le premier point de suture entortillée.



Les incisions complétées en haut jusqu'au point B, j'enlevai tout le tissu de cicatrice compris entre ces moitiés de ligne et la partie supérieure de l'ouverture de la fistule E. Cela fait, je disséquai à droite et à gauche assez loin pour rapprocher très-facilement les bords parcourus par le bistouri du point A au point B, et de manière à faire sans effort et sans tiraillement une suture entortillée au moyen de sept à huit épingles.

Le lambeau, soulevé et renversé de manière à ce que sa surface cutanée formât le plancher buccal, avait une large base représentée par le pointillé CD, très-adhérente et composée du tissu cicatriciel. Cette surface cutanée était destinée à remplir, par la suite, les fonctions de muqueuse, et les poils qui la garnissaient n'étaient point considérés comme un obstacle. M. Velpeau n'a pas dit ce qu'ils étaient devenus, quelle avait été leur influence sur les résultats de l'opération, et cependant ils

se trouvaient, chez ses deux opérés, dans le voisinage de la glotte, qu'ils pouvaient irriter fortement.

Ce lambeau, renversé et fixé en haut, laissa à découvert une surface saignante et présenta, par sa face postérieure ou celluleuse devenue antérieure, des conditions semblables, de sorte que les deux lambeaux latéraux rapprochés se trouvèrent dans d'excellentes conditions pour se réunir, non-seulement par leurs bords, mais encore par leur face postérieure. Aussi, dès le huitième jour, les épingles furent toutes enlevées et la suture remplacée par une cicatrice linéaire. La position horizontale dans laquelle l'opéré avait été placé put être abandonnée, et les aliments solides remplacèrent les bouillons et les soupes légères prescrits pendant la première semaine.

Rien ne peut peindre la joie de cet homme, si jeune encore, quand il se vit guéri de son infirmité et rendu à ses travaux et à ses plaisirs. Dès le huitième jour, un doigt introduit dans la bouche et un autre appuyant au-dessous du maxillaire, on trouvait le plancher de la bouche épais, ferme, insensible, et dans des conditions qui promettaient une guérison durable. Les mouvements de la tête étaient libres dans tous les sens. Les cicatrices transversales ayant été enlevées en partie, la figure d'Eberlin avait beaucoup gagné, l'ovale était plus parfait, et les irradiations blanchâtres du cou étaient réduites d'un bon tiers.

Tel a été le procédé opératoire mis en usage dans cette circonstance. Il a consisté surtout à former, au moyen du lambeau relevé, une doublure capable, 1° de rendre plus épais le plancher buccal; 2° de donner plus de promptitude et de solidité au rapprochement des deux lambeaux latéraux ; 3° enfin, de s'opposer à la formation d'un cul-de-sac profond derrière la peau du cou, cavité qui aurait existé et dans laquelle les aliments auraient certainement été entraînés en partie, si l'opération eût été faite par un seul plan de lambeaux.

CHIMIE ET PHARMACIE.

CONSERVATION DU LAIT ET DE LA CRÈME.

Bien des procédés divers ont été formulés en ces dernières années pour la conservation du lait; celui que nous signalons et pour lequel, du reste, son inventeur, M. Béthel, a pris un brevet d'invention, nous paraît des plus simples. Ce procédé consiste, en effet, à faire bouillir le lait ou la crème et à les charger ensuite d'acide carbonique à l'aide de la machine dont on se sert pour fabriquer le *soda-water*. Le lait ainsi chargé est mis en bouteilles et celles-ci bouchées. Cette manière

de faire est la plus simple, mais elle présente un inconvénient, c'est qu'en débouchant la bouteille tout le liquide s'échappe, comme il arrive pour l'eau de Seltz. Pour y obvier, l'auteur propose de garnir d'un robinet siphoïde les vases dans lesquels on place le lait ; par ce moyen on peut ne soutirer que la quantité de liquide dont on a besoin. Lorsqu'il ne s'agit que de conserver le lait ou la crème pendant peu de temps, l'opération peut se faire dans des vases à robinet, sans recourir à la machine ; à cet effet, on chauffe le lait, on l'introduit dans le vase et on le charge d'acide carbonique par le robinet même. Ce gaz, obtenu de préférence au moyen d'un mélange d'acide et de carbonate de soude, doit être préalablement lavé à l'eau pure.

SUR LA PRÉPARATION DES SIROPS DE VALÉRIANE ET DE GENTIANE.

Afin de simplifier le procédé décrit par le Codex pour préparer le sirop de valériane, M. Malfilâtre propose d'opérer de la manière suivante :

Pr. Racines de valériane sauvage mondées et concassées....................	500 grammes.
Sucre blanc......................	2,667 grammes.
Eau froide......................	Q. S.

On place la racine dans un appareil à déplacement, et à l'aide de l'eau on lessive, avec les précautions employées en semblables circonstances, jusqu'à ce qu'on ait obtenu un poids de liqueur égal à 1350, dans lequel on fait dissoudre, en vase clos et à l'aide d'une douce chaleur, la quantité de sucre prescrite.

On opérera de la même manière pour préparer le sirop de gentiane, conservant toujours, comme dans le cas précédent, les quantités prescrites par le Codex. Suivant M. Malfilâtre, les produits obtenus de la sorte seraient meilleurs que ceux préparés en suivant les indications du Codex. X.

ESSAIS CHIMIQUES SUR L'HUILE DE CROTON TIGLIUM, ET L'ESSENCE DE PATCHOULI.

Les travaux de M. Soubeiran et de plusieurs autres chimistes ont fait connaître la composition de l'huile de Tilly ; aussi nos recherches ont-elles eu pour but seulement de savoir s'il est possible d'enlever à cette substance son principe colorant, son odeur nauséeuse, et la saveur acre, chaude et irritante que nuit à son emploi médical, sans pour cela en altérer les propriétés thérapeutiques.

Nous avons reconnu que l'on peut priver cette huile de sa matière colorante, mais que cette décoloration entraîne avec elle une perte no-

table de substance que ne compense en rien l'avantage qu'on en retire ; ensuite, l'huile de croton tiglium est comme beaucoup d'autres médicaments de ce genre, elle doit être employée telle qu'on l'extrait ; car si on cherche à en isoler quelques-uns de ses principes constituants, on es modifie ou on en altère les propriétés.

L'huile de croton est facilement altérable ; l'eau surtout en active la décomposition.

MM. Jaumes et Nimmo ont dit que cette substance était insoluble dans l'eau ; nous, au contraire, nous croyons que ce liquide a une action puissante sur elle, analogue à celle que Brandes a signalée en analysant sa graine ; on peut s'en convaincre par l'expérience suivante.

Si on met dans un flacon bouché à l'émeri 60 grammes d'huile de croton avec 500 grammes d'eau distillée, et qu'on agite ce mélange une fois le jour, pendant quinze jours, on verra que l'huile s'est décolorée en perdant de sa fluidité et de sa transparence, que l'eau a conservé, même après des filtrations réitérées, une odeur et une saveur dont les réactifs seuls décèlent la cause.

Essence de patchouli.

Nous avons déjà eu l'occasion de parler des propriétés du patchouli et de son action tonique; nous voulons compléter ce travail en donnant la composition chimique de l'essence qu'on en retire.

Le patchouli donne, par la distillation à l'eau, deux parties d'huile essentielle pour cent de la plante sèche.

Cette essence, lorsqu'elle est pure, a une couleur verdâtre ; sa densité varie de 0,904 à 0,906 ; son odeur est forte ; sa saveur est âcre, chaude et aromatique ; elle rougit promptement le tournesol, dissout l'iode sans détonation sensible ; dépose une petite quantité de stéaroptène lorsqu'on la refroidit après l'avoir distillée sur le sous-carbonate de potasse ; elle est soluble dans l'éther sulfurique, l'alcool rectifié, et se mélange aux huiles et aux corps gras ; l'eau en dissout avec le temps une petite quantité ; cette solution est acide ; exposée à l'air atmosphérique, elle s'épaissit et devient visqueuse ; chauffée en vase clos, avec de l'eau acidulée d'acide nitrique, elle se résinifie complétement ; l'acide nitrique concentré lui communique une couleur rouge foncée. Si l'on traite ce mélange par de l'eau distillée, on obtient, après l'évaporation du liquide, quelques cristaux de forme confuse, qu'on ne peut obtenir en grande quantité, car le prix de cette essence est assez élevé.

Stanislas Martin,
pharmacien.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OPÉRATION CÉSARIENNE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS DOUBLE, POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT.

Le docteur Chrestien, dans le dernier numéro de votre excellent recueil, est venu étayer de faits nombreux l'opinion de Capuron, sur la préférence à donner à l'opération césarienne sur la mutilation du fœtus. Si, comme ancien interne des hôpitaux de Paris, j'ai été amené à partager l'opinion de nos deux savants professeurs, MM. Moreau et Paul Dubois, appuyée qu'elle est sur des insuccès constants, à la Maternité, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté, aussi bien qu'en ville, comme praticien exerçant dans un autre milieu, je crois devoir me joindre à notre confrère de Montpellier pour protester contre l'extension trop grande que l'on voudrait donner aux préceptes des deux éminents accoucheurs. Deux motifs principaux me portent à cette pratique : d'abord les conditions dans lesquelles se trouvent les femmes de la province, et surtout celles qui, habitant la campagne, les mettent bien mieux à l'abri du traumatisme puerpéral que le foyer méphitique des salles d'hôpitaux et le genre de vie des femmes parisiennes; ensuite la différence de simplicité de manœuvre des deux opérations. L'hystérotomie sus-pubienne nécessite seulement l'emploi d'instruments que nous portons toujours sur nous : un bistouri, des aiguilles courbes ; tandis que la mutilation du fœtus exige un instrument spécial que nous ne possédons pas, attendu que beaucoup d'entre nous n'auront jamais l'occasion de l'appliquer. Le manque d'habitude de la manœuvre d'un instrument semblable au céphalotribe, le défaut d'aides, etc., feraient perdre à la mère les chances favorables que ce procédé fournit entre les mains habiles de M. Dubois.

Pour nous autres praticiens de province, mieux vaut donc suivre encore les errements de l'école de Baudelocque ; d'ailleurs, comme une aussi grave question ne peut se juger que par les faits, permettez-moi de vous en adresser un tout récent ; la note qui le renferme était rédigée, lorsque j'ai reçu le travail de M. Chrestien ; je m'empresse de vous l'adresser, puisque la communication de notre savant confrère de Montpellier donne un intérêt d'opportunité à sa publication.

Obs. Le 21 avril 1850, la femme Marie Coste, âgée de trente-neuf ans, domiciliée dans la commune de Pontour, canton de Cadoin (Dordogne), ressentit les premières douleurs de l'enfantement, et ce ne fut que le 23 que sa famille envoya chercher Mme Taulon, accoucheuse à Beaumont ; cette sage-femme, après avoir examiné la malade,

reconnut l'impossibilité de terminer l'accouchement par les voies naturelles. Elle fit prier M. Laururie, médecin à Monsac, de se rendre auprès de la malade. Le 24 avril au soir, notre confrère, après avoir examiné la conformation du bassin, et constaté les dimensions des divers diamètres, reconnut également que l'opération césarienne était le seul moyen de salut pour la mère et pour l'enfant.

Cependant, voulant étayer son opinion de celle d'un de ses confrères, M. Laururie me fit prier de me joindre à lui, et ce fut le 25 avril 1850, à neuf heures du matin, que nous nous trouvâmes auprès de la malade. Après avoir examiné à mon tour les difficultés qui s'opposaient à l'accouchement naturel, je me rangeai complétement à son avis. La saillie sacro-vertébrale ne laissait au diamètre sacro-pubien que cinq centimètres de long. La femme se trouvait dans les meilleures dispositions hygiéniques ; l'enfant donnait encore des signes de vie ; nous décidâmes facilement Marie Coste à se soumettre à l'opération césarienne, qui fut immédiatement pratiquée par le docteur Laururie, qui fit une incision sur la ligne blanche, à 3 centimètres de l'ombilic, prolongée jusqu'à 3 autres centimètres au-dessus du pubis, et comprenant successivement toute l'épaisseur formée par les couches superposées jusqu'à l'utérus, qui fut lui-même ouvert suivant la première incision ; le placenta se trouvant adhérent à la face antérieure de la matrice, vis-à-vis l'incision, fut décollé. L'extraction de l'enfant fut faite, ainsi que celle du placenta. Les intestins et autres organes furent promptements réduits. Quatre points de suture, de la charpie, une bandelette effilée placée au bas de la plaie, pour transmettre au dehors les liquides qui devaient suinter, une semblable bandelette engagée dans l'orifice utérin, et un bandage de corps complétèrent tout l'appareil. L'hémorrhagie fut peu abondante.

Le lendemain 26 avril, la malade n'a point de fièvre, l'état général est bon ; l'appareil est imbibé d'une eau sanieuse ; les compresses enlevées, on laissa sur la plaie la portion de la charpie qui resta adhérente ; la malade, depuis la veille, était à une diète sévère. Le 27 dudit mois, le ventre était ballonné, des hoquets avaient lieu ainsi que quelques vomissements, que nous combattîmes avec la magnésie calcinée et le nitrate de potasse ; des frictions mercurielles, à la dose de 30 grammes par jour, furent employées sur le ventre, pendant cinq ou six jours. Le 28 au matin, les hoquets et les vomissements avaient disparu, mais le ventre était toujours dans le même état. Dès le 29, le gonflement et la sensibilité du ventre commencèrent à diminuer, et du cinquième au sixième jour de l'opération, la malade parut à ses médecins hors de danger.

L'écoulement des lochies avait lieu par les voies génitales ; la plaie donnait un pus de bonne qualité, l'écoulement des urines n'avait lieu que par le moyen de la sonde; l'appétit reparaissait avec énergie ; tout marchait ainsi de mieux en mieux jusqu'au 9 mai 1850, époque où une sœur de Marie Coste, à qui nous avions appris à sonder la malade, fut obligée de s'absenter. Les membres de la famille, ne sachant pas manier la sonde, négligèrent de prévenir l'un de nous : la malade resta vingt-quatre heures sans uriner. Malgré la défense formelle que nous lui avions faite de se lever, Marie Coste descendit de son lit, et les efforts qu'elle fit déterminèrent les plus graves accidents. Enfin, la mort arriva vingt-quatre heures après, dix-septième jour de l'opération (11 mai 1850).

On trouve très-rarement l'occasion de pratiquer l'opération césarienne, et rarement elle est couronnée d'un double succès. Cependant on ne doit jamais y renoncer, quand l'accouchement est physiquement impossible par la voie naturelle : c'est un moyen sûr de sauver l'enfant et souvent la mère, si l'opération est pratiquée avant que ses forces ne l'aient complétement abandonnée.

Marie Coste se trouvait dans les meilleures conditions : elle était d'une énergie et d'un courage peu ordinaires. Elle sentait que son enfant vivait encore, l'espoir de le sauver la fit de suite consentir à l'opération.

La mort de cette femme ne peut être considérée comme la suite de l'opération césarienne ; des circonstances malheureuses affectèrent son moral, et la mort arriva par suite de la rétention d'urine qui amena les autres accidents. L'ouverture du corps n'a pu être faite, il nous est donc impossible de pouvoir rendre compte des désordres survenus dans l'abdomen.

La petite fille se nourrit très-bien, elle est très-développée pour son âge.

Beneys, D.-M.
à Lalinde (Dordogne).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Encore un mot sur la constitution médicale actuelle. — C'est un fait d'observation déjà ancien, que les épidémies, en survenant dans un pays, apportent des modifications dans le cercle des maladies qui y sont habituellement observées, soit qu'elles en changent l'aspect, soit qu'elles leur en substituent de nouvelles. C'est un fait d'observation non moins acquis à la science, que les épidémies ne se terminent pas brusquement, et que longtemps encore après leur disparition comme

épidémies, l'influence sous laquelle elles s'étaient développées persiste, mais affaiblie et réduite heureusement à des proportions souvent insignifiantes. Ces deux faits, que nous avons déjà énoncés, se vérifient pleinement : d'une part, le cercle des maladies actuellement observées s'est considérablement agrandi au delà de ce qu'il était dans les années précédentes, et les maladies saisonnières ont été elles-mêmes modifiées ; d'autre part, nous regrettons d'avoir à le répéter, l'influence cholérique est loin d'être complétement éteinte.

On sait qu'en hiver, et surtout au printemps, les maladies habituellement observées à Paris sont les affections des voies respiratoires, pneumonie, pleurésie, bronchite et affections dites typhoïdes. Ces dernières affections, généralement communes à cette époque, ont été rares cette année. Il n'en a pas été de même des pleurésies, qu'on avait eu rarement l'occasion d'observer en aussi grande abondance, et aussi des pneumonies. Ces dernières maladies ont été remarquables par la physionomie qu'elles ont affectée dans plusieurs circonstances. La pneumonie a été souvent *ataxique* ou *typhoïde*. Chez un de nos honorables confrères, par exemple, la pneumonie était intermittente et ataxique ; nullement amendée par les saignées, l'affection céda rapidement, dès qu'on eut combattu les deux éléments morbides par l'emploi du musc à haute dose, et du sulfate de quinine. La forme typhoïde, que nous avons rencontrée chez d'autres malades, était tellement marquée, elle s'accompagnait, en outre, de troubles si prononcés vers les voies digestives, d'un accablement si profond, qu'on eût pu croire à une affection typhoïde, si l'auscultation n'eût révélé des signes non douteux de pneumonie, du souffle tubaire, du râle crépitant, etc. (Ces accidents cédaient, comme la phlegmasie pulmonaire, au traitement habituel de la pneumonie, et spécialement au tartre stibié, suivant la méthode de Rasori). Mais là ne se bornaient pas et ne se bornent pas encore les maladies généralement observées ; nous devons y ajouter les érysipèles de la face, si communs il y a quelques jours, et dont quelques-uns ont été accompagnés de délire ; les ictères, tantôt sinples, tantôt compliqués de troubles vers les fonctions digestives; et enfin et surtout les fièvres intermittentes.

Jamais peut-être on n'avait vu tant de fièvres intermittentes à Paris ; les hôpitaux en contiennent un grand nombre, et dans la pratique civile il n'est pas un médecin qui n'ait eu à en traiter. Or, on sait que les fièvres intermittentes ne sont pas habituelles au climat de Paris. C'est donc tout à fait une anomalie que ces fièvres intermittentes à type si varié, quotidiennes, tierces, et même quartes, se développant en dehors des influences qui les produisent ordinairement, et s'accompa-

gnant cependant chez beaucoup de sujets d'une coloration cachectique de la face avec bouffissure, et d'un engorgement de la rate, tels qu'on eût pu les observer après un séjour de quelques mois dans un pays marécageux ; toutefois nous avons toujours vu le sulfate de quinine en venir à bout sans difficulté.

Nous disions plus haut que l'influence cholérique n'est pas éteinte. Le fait n'est malheureusement que trop vrai ; quelques cas de choléra ont été observés dans les hôpitaux, un entre autres à l'Hôtel Dieu, qui a été suivi de mort. Nous en avons vu pour notre part un cas non douteux à l'hôpital Necker, dans le service de M. Bricheteau, chez une femme de près de cinquante ans, qui a été prise des symptômes du choléra, sans diarrhée prodromique, et après un état de malaise général qui durait depuis quelques jours. La réaction s'est faite facile et modérée après l'administration de 1 gramme d'ipécacuanha, et la malade n'a pas tardé à entrer en convalescence. Ajoutons cependant que jusqu'ici le nombre des cas de choléra a été trop peu considérable et ces cas trop disséminés pour qu'on puisse y voir une véritable épidémie. Il n'y a pas là autre chose que ce qu'on a vu dans les années qui ont suivi la terrible épidémie de 1832, quelque chose même de moins prononcé. Enfin, si l'on est forcé d'admettre que l'influence cholérique n'est pas entièrement épuisée, il faut reconnaître cependant que la maladie ne se présente pas généralement avec ses caractères les plus alarmants, que la réaction et la guérison s'opèrent avec une tout autre facilité que l'année dernière.

Nouvelle observation des bons effets de l'insufflation de bouche à bouche dans les accidents de mort apparente causés par le chloroforme. — Il y a en thérapeutique, comme dans toutes les sciences, un abus contre lequel nous ne saurions trop nous élever, et contre lequel nous avons toujours lutté, pour notre part ; c'est celui qui consiste à laisser tomber dans l'oubli les prescriptions les plus utiles, faute de les corroborer des nouveaux faits qui puissent leur venir en aide. Nous sommes heureux de pouvoir donner de nouveau le bon exemple à propos de l'intéressante communication que M. Ricord a insérée dans ce journal, il y a quelques mois, communication dans laquelle cet honorable chirurgien a fait connaître les bons effets que l'on pouvait obtenir de l'insufflation de bouche à bouche dans le traitement des accidents causés par le chloroforme. Un fait rapporté dans la *Lancette anglaise* confirme de tous points l'assertion de notre honorable confrère :

M. Ch. Bleeck pratiquait, le 3 juillet dernier, l'extirpation d'un sein

cancéreux chez une femme forte et robuste, âgée de quarante-deux ans. Cette femme avait désiré être endormie avec le chloroforme. Pendant quelques minutes, elle se montra réfractaire à l'action de cet agent, et ce fut seulement lorsqu'on eut employé 12 grammes de l'anesthésique, et concentré, autant que possible, les vapeurs anesthésiantes, qu'elle tomba dans l'insensibilité. L'amputation de la mamelle dura environ quatre minutes, pendant lesquelles la malade ne parut pas avoir la moindre conscience de ce qui se passait; mais au moment où M. Bleeck faisait la dernière incision, la malade glissa de la chaise sur laquelle elle était assise et maintenue par un homme vigoureux, et tomba comme morte sur le parquet. La face était affreusement pâle et livide, les lèvres, les ongles, les lobes des oreilles d'une couleur pourpre foncé, les yeux fixes, les pupilles dilatées, l'iris immobile, les membres dans le relâchement complet, le pouls insensible dans les carotides et dans les radiales; de plus, en plaçant l'oreille sur la poitrine, on n'entendait ni le murmure respiratoire, ni les battements du cœur. La fenêtre fut ouverte immédiatement; on courut chercher de l'eau froide et de l'ammoniaque. Dans l'intervalle, M. Bleeck songea à la respiration artificielle par l'insufflation de bouche à bouche, telle qu'on la pratique chez les nouveau-nés. Il plaça ses lèvres contre celles de la malade, en interposant préalablement son mouchoir, et souffla fortement dans la bouche, en ayant soin de fermer les narines avec le pouce et l'index de la main gauche, tandis qu'avec la main droite il refoulait le larynx contre la colonne vertébrale, afin de fermer l'œsophage. A la quatrième inspiration, la patiente fit un léger mouvement convulsif, bientôt suivi d'efforts respiratoires plus réguliers; le pouls reparut; la face reprit sa coloration normale, et M. Bleeck eut la satisfaction de voir revivre sa malade qu'il avait crue morte. Il ne restait plus, pour terminer l'opération, qu'à enlever un ganglion engorgé dans l'aisselle, ce que l'opérateur fit quelques instants après. La malade, quoiqu'elle fût encore sous l'influence de l'anesthésique, cria un peu pendant cette extirpation; mais elle déclara plus tard qu'elle n'en avait pas eu conscience. Il n'y eut pas d'hémorrhagie; la malade conserva seulement un peu de céphalalgie pendant toute la journée. La guérison n'a été entravée par aucun accident.

Nous ne ferons qu'une réflexion, et encore n'est-elle relative qu'à la cause probable du terrible accident qui a failli entraîner la mort de cette malade. M. Bleeck a opéré la malade *assise;* or, il est parfaitement démontré aujourd'hui que cette situation, si favorable à la syncope, facilite également le développement des accidents toxiques du chloroforme. La plupart des cas de mort subite que l'on connaît ac-

tuellement se rapportent à des faits de ce genre. Il faut donc que les médecins renoncent, autant que possible, à employer le chloroforme dans la situation assise, surtout lorsque, ainsi que cela avait lieu ici, cette situation n'est nullement réclamée par la nature de l'opération à exécuter.

Exemple de l'application du froid comme anesthésique. — En rendant compte, il y a quelques mois, d'expériences faites par M. Velpeau, sur l'emploi du froid comme anesthésique, d'après la méthode de M. Arnott, nous disions que les applications frigorifiques ne nous paraissaient pas appelées, d'une manière générale, à remplacer le chloroforme; que, cependant, on pourrait s'en servir avec avantage, chez les sujets pusillanimes, pour beaucoup de petites opérations qui n'intéressent que les parties superficielles et même pour des opérations intéressant des parties profondes, lorsque ces parties sont susceptibles d'être entourées de toutes parts d'un mélange frigorifique, comme pour le nez, les oreilles, les doigts, la main, le pied, le pénis et les bourses. Nous n'avons rien à changer à ce que nous disions à cette époque, et les faits intéressants que nous avons à faire connaître rentrent tout à fait dans les réflexions que nous avons insérées dans ce journal.

Le chloroforme est certainement l'agent anesthésique le plus puissant; entre des mains sûres et habiles, il peut être manié sans grand danger, témoin ce qui se passe depuis plusieurs années dans presque tous les services chirurgicaux de Paris, où l'on est encore à voir un accident vraiment sérieux et surtout des accidents mortels; mais il n'en est pas moins vrai que le chloroforme détermine, lorsqu'il est inhalé, chez quelques personnes, un état de malaise, de fatigue, d'accablement, de la lourdeur de tête, des nausées et même des vomissements. Sans être constants, ces derniers phénomènes s'observent encore assez souvent dans la pratique, et bien qu'ils se dissipent habituellement en quelques heures, ils constituent, pour quelques malades chez lesquels on a besoin d'y revenir de temps en temps, un motif de répulsion. Cette circonstance a engagé M. Nélaton à rechercher si l'on ne remplacerait pas avantageusement, dans certains cas, le chloroforme inhalé par les applications frigorifiques locales, chez les malades chez lesquels on aurait à faire, par exemple, des cautérisations transcurrentes; et pour que la comparaison fût complète, il a pratiqué des cautérisations, tantôt après avoir supprimé la sensibilité avec le chloroforme, tantôt après l'avoir stupéfiée localement avec les applications frigorifiques. Citons le fait suivant, que nous avons recueilli dans le service de l'honorable chirur-

gien de l'hôpital Saint-Louis : il est intéressant sous plusieurs rapports.

Siron (Barbe), jeune fille de quatorze ans, non réglée, d'un tempérament lymphatique, mais d'une constitution assez fortement développée, habitant un moulin à eau, a vu se développer depuis deux ans et demi une tumeur blanche du genou droit, contre laquelle les médecins du pays ont essayé beaucoup de moyens, et en particulier l'emploi des cautères autour du genou. Lorsqu'elle se présenta à l'hôpital Saint-Louis, les fongosités des surfaces articulaires étaient tellement développées, que M. Nélaton l'admit avec l'intention de l'amputer ; cependant, avant de recourir à ce moyen extrême, ce chirurgien crut devoir essayer les cautérisations transcurrentes dont il se sert avec succès dans les cas de ce genre. L'attente de notre honorable confrère n'a pas été trompée. A l'entrée de la malade, le 9 avril, le genou présentait 39 centimètres de circonférence; aujourd'hui, 11 juin, sous l'influence de sept cautérisations successives (15 à 16 raies de feu chaque fois), il y a eu une diminution de 5 centimètres. Les deux premières ont été pratiquées pendant le sommeil chloroformique, les suivantes après la stupéfaction locale, avec un mélange frigorifique de glace et de sel commun, promené à la surface de la peau.

Quelles différences ont présentées ces cautérisations ? Ces différences sont de deux sortes : les unes ont trait à la malade elle-même, les autres au mode d'action du cautère. La jeune malade n'a pas plus senti la douleur dans un cas que dans l'autre ; mais ce qu'elle a remarqué après l'action du chloroforme, c'est qu'il lui est resté pendant presque toute la journée un état de malaise, avec lourdeur de tête et somnolence, tandis que les applications réfrigérantes n'ont déterminé chez elle qu'une sensation de surprise au moment du contact du mélange frigorifique avec la peau, bientôt remplacée par un engourdissement profond de la sensibilité. Le fait curieux de ces expérimentations, celui dont on eût pu du reste soupçonner la production, d'après les lois physiques, c'est que dans les cas où l'insensibilité a été produite par l'application d'un mélange frigorifique, les cautérisations ont été moins étendues en profondeur ; il a fallu éteindre un plus grand nombre de cautères sur les parties malades ; enfin, dans les points d'intersection des raies de feu, on n'a pas observé ces brûlures profondes que donnent les applications de cautères incandescents sur la peau pourvue de toute sa vitalité. C'est qu'évidemment une grande partie du calorique (que possède le cautère rougi à blanc) est employée à faire passer les parties sur lesquelles il est appliqué de la température de la glace fondante à celle à laquelle s'opère la destruction des tissus. C'est même là une objection à l'emploi de ces applications frigorifiques, lorsqu'on veut avoir des cautérisations très-

profondes ; mais pour les cautérisations employées seulement comme révulsif puissant, on peut, en promenant lentement le cautère, arriver à un résultat presque semblable à celui que donnent les cautérisations transcurrentes, et d'un autre côté on évite, ainsi que M. Nélaton en a fait la remarque, les cautérisations trop profondes aux points d'intersection des raies de feu. — Nous ne doutons pas qu'avant peu l'usage de ces applications frigorifiques ne soit étendu à un grand nombre d'opérations qui portent sur des parties superficielles. Ainsi, nous avons vu récemment M. le professeur Velpeau y recourir avec avantage dans deux cas d'avulsion d'ongles incarnés.

Moyen de provoquer la déglutition dans les cas de syncope, d'asphyxie, de convulsions, etc.—Il faut avoir éprouvé sa part des nombreuses difficultés que l'on peut rencontrer dans la pratique quand on veut remplir certaines indications, pour comprendre toute l'importance de procédés qui semblent d'une simplicité extrême quand on les connaît, et dont on ressent bien vivement l'absence quand on les ignore ou quand on les oublie. Supposons un médecin ou un chirurgien en présence d'une personne en syncope, d'un asphyxié ou d'un malade en proie à des convulsions, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause : il désirerait faire prendre au malade quelques gorgées d'un liquide quelconque ; mais la déglutition ne se fait pas : les liquides restent dans la bouche, et si on en verse une trop grande quantité, ils s'écoulent au dehors. Comment faire pour provoquer la déglutition ? Ici se présente un moyen très-simple, qui a été employé, instinctivement sans doute, par beaucoup de personnes, et qui, cependant, n'est autre qu'un de ces nombreux moyens de faire appel à ce qu'on appelle *l'action réflexe;* c'est-à-dire à ces mouvements instinctifs, automatiques, bien que *réfléchis* (dans le sens physiologique). Jetez quelques gouttes d'eau froide à la figure, chez une femme en proie à des convulsions éclamptiques et chez laquelle vous avez introduit dans la bouche un peu de liquide ; la déglutition s'effectuera immédiatement. Cette remarque, qui a été faite il y a quelques années par un accoucheur anglais, M. Simpson (de Stamford), n'a pas été perdue pour les physiologistes qui se sont occupés principalement de l'action réflexe, et en particulier pour M. Marshallhall. Quelle que soit, au reste, le mode d'action de cette excitation de la peau de la face, qu'elle agisse en provoquant directement la déglutition, ou seulement en déterminant une inspiration qui entraîne les liquides jusque dans le pharynx, toujours est-il qu'il y a dans ce phénomène un moyen précieux, qui peut être utilisé par le thérapeutiste. Dans les cas de syncope, d'asphyxie, on pourra, de cette

manière, faire avaler aux malades quelques gouttes d'une liqueur stimulante; mais c'est surtout dans les cas de convulsions que cette pratique nous paraît appelée à être employée souvent avec avantage. Chez les enfants, par exemple, on sait que les convulsions se lient communément à un état de perturbation des fonctions digestives, à la présence de vers intestinaux : de quelle utilité ne peut-il pas être alors de leur faire ingérer quelques substances vomitives ou purgatives, suivant les indications! Chez les adultes même, chez les femmes, par exemple, pendant des axcès d'hystérie ou d'hystéro-épilepsie, l'ingestion de quelques antispasmodiques peu raccourcir et diminuer les accès convulsifs. Enfin, dans les cas d'empoisonnement par les narcotico-âcres, lorsque les dents sont fortements serrées et la déglutition presque impossible, ce moyen permettra de faire pénétrer dans l'estomac ou bien des substances vomitives, ou bien des substances destinées à combattre les effets toxiques de ces substances délétères.

Traitement des fractures de côtes sans bandage. — C'est un chose élémentaire et générale parmi les chirurgiens que cette pratique qui consiste, dans les cas de fracture de côtes, à condamner le malade à respirer uniquement par le diaphragme, en lui immobilisant les côtes. Pour atteindre ce but, on emploie, surtout en France, le bandage de corps, que l'on serre autour de la poitrine, et que l'on maintient avec des scapulaires; mais le bandage de corps à le grand inconvénient de ne pas immobiliser le thorax d'une manière égale et permanente, et surtout de gêner l'ampliation du côté sain; d'un autre côté, il se relâche et a besoin d'être chaque jour resserré.

Ces circonstances ont jeté, dans ces derniers temps, quelques doutes sur la valeur et l'indispensabilité de ces bandages. M. Malgaigne a proposé une espèce de transaction entre les advdsaires et les partisants de ce traitement, en déclarant que lorsque les mouvements respiratoires excitent des douleurs que le bandage modère, celui-ci est indispensable; qu'on peut s'en passer sans inconvénient quand les douleurs n'existent pas; et que lorsqu'elles persistent malgré son emploi, il est à la fois inutile et nuisible. Un fait qui s'est passé récemment dans notre pratique tend à nous faire croire qu'on pourrait en réduire encore de beaucoup l'emploi. Appelé auprès d'un homme qui s'était fracturé une côte dans une chute, nous voulûmes faire usage du bandage de corps; mais le malade, indocile et indiscipliné, ne voulut pas s'y soumettre, et nous fûmes obligé de nous en tenir au repos et à une potion calmante. Sous l'influence de ce traitement simple, la douleur

fut calmée en peu de jours et le malade put reprendre immédiatement sa profession. Ce fait nous avait vivement ébranlé, et nous n'avons pas été surpris quand nous avons vu un chirurgien anglais, M. Han cok, à l'hôpital de Charring-Cross, traiter toutes les fractures de côtes par le repos et par l'opium.

M. Hancok est parti de cette donnée expérimentale, que la douleur suffit pour immobiliser les côtes, et que le bandage restreint le mouvement respiratoire dans le côté sain. L'opium et le repos calment la douleur et préviennent le développement des complications. Dans les cas simples, M. Hancok prescrit 5 centigrammes d'opium, trois fois par jour. En huit ou dix jours, l'amélioration est telle que les malades peuvent quitter l'hôpital et reprendre leurs occupations. Il est même rare qu'il y ait besoin de continuer aussi longtemps l'emploi des narcotiques ; en cinq ou six jours, il y a une amélioration des plus notables, qui permet d'en interrompre l'usage. Dans les cas graves, avec emphysème et hémoptysie, M. Hancok n'emploie pas d'autre traitement ; tout au plus s'il fait mettre sur le siége des fractures un emplâtre adhésif. Tous les malades chez lesquels on a essayé ce traitement ont éprouvé immédiatement une amélioration dans leur état, telle qu'on n'eût pu l'espérer semblable avec l'application d'un bandage de corps.

Nous avons cru devoir faire connaître ce traitement des fractures de côtes, sans bandage, parce que le chirurgien ne doit pas avoir qu'un seul traitement à sa disposition, et parce qu'il est des cas où, le bandage ne pouvant être appliqué ni supporté, il en peut résulter un grand embarras dans la pratique. Avec le repos et quelques grains d'opium, on peut remplacer avantageusement tous les bandages du monde.

Fièvres intermittentes chez un enfant. — Cachexie. — Hypertrophie de la rate et du foie.—Les fièvres intermittentes, lorsqu'elles se prolongent pendant un certain temps sans qu'on leur oppose une médication convenable, amènent une cachexie particulière très-analogue, quant à son expression symptomatique, à la cachexie anémique. La science possède de nombreuses observations de semblables états se produisant chez les adultes, mais il est plus rare qu'on les observe chez de très-jeunes enfants. L'observation qui suit est un exemple de cachexie très-prononcée succédant à des fièvres intermittentes de longue durée chez un très-jeune enfant. Elle montre en même temps le développement considérable que peuvent prendre alors la rate et le foie. Il ne faudrait pas d'ailleurs considérer comme un symptôme absolument constant de la cachexie paludéenne l'hypertrophie du foie et de la rate ; c'est, à vrai dire, un même symptôme qu'on rencontre sou-

vent, le plus communément; mais on voit aussi des fièvres intermittentes durer pendant un temps fort long, être suivies d'un état cachectique très-prononcé, sans que le volume du foie et de la rate change notablement.

On amène dans le service de M. Trousseau un enfant âgé de dix-neuf mois, d'une constitution chétive, d'un tempérament évidemment lymphatique. Cet enfant, sevré à l'âge d'un mois, avait été en nourrice pendant un an, dans le département de l'Yonne. On l'en retira alors pour le placer dans le département de l'Oise, dans un endroit fort marécageux, où il resta pendant sept mois. Pendant tout ce temps, l'enfant, déjà pâle quand on le conduisit dans ce dernier pays, eut souvent la fièvre, avec des sueurs abondantes. La mère ne peut donner aucun renseignement ni sur le type de cette fièvre ni sur son mode d'invasion.

Au moment de son entrée à l'hôpital, l'enfant est d'une pâleur hémorrhagique. Le rate est d'un volume très-considérable. Quand l'enfant est assis droit, elle descend jusque sur la cuisse, et vient dans son diamètre transversal se terminer à l'ombilic. Elle est placée en travers, et a une épaisseur de 8 centimètres à peu près. On en sent facilement les bords ondulés et les scissures. Le foie, lui-même, est hypertrophié et déborde de trois travers de doigt les fausses côtes. Le ventre est très-développé. Un peu d'épanchement dans la cavité abdominale. Un peu d'aplatissement rachitique dans la poitrine, sans déformation des os des membres, ni de ceux du crâne. Pas de trouble des fonctions digestives. Depuis six jours que la mère a retiré son enfant, il a eu de la fièvre et de la sueur les deux premiers jours, mais n'en a pas eu depuis.

On prescrit chaque jour un julep avec un gramme de teinture de mars tartarisée, et tous les deux jours 25 centigrammes de quinine brute.

Après douze jours de traitement, l'amélioration est très-sensible. L'enfant est moins pâle. La rate a considérablement diminué de volume ainsi que le foie. L'enfant n'a plus ces fièvres suivies de sueurs abondantes qu'il avait auparavant. La mère emmène l'enfant avant que la médication continuée plus longtemps ait pu faire disparaître complétement les accidents. Pendant tout le temps que l'enfant était resté à l'hôpital, il avait pris sans difficulté toutes les doses de quinine brute qu'on avait prescrites. On les divisait en pilules extrêmement petites que l'enfant avalait très-facilement. La quinine brute présente chez les enfants cet avantage qu'elle est à peu près insipide, si on ne la laisse pas très-longtemps dans la bouche, circonstance qui tient à sa peu de solubilité.

Emploi avantageux de la lupuline, comme anaphrodisiaque. — On sait combien les érections nocturnes sont fatigantes pour les personnes affectées de maladies de l'urètre ou des parties génitales. Dans la blennorrhagie, par exemple, ces érections occasionnent des douleurs très-vives, et peuvent même conduire à ce qu'on a appelé la chaude-pisse cordée ; dans les cas de chancres, elles sont encore défavorables par les tiraillements qu'elles font subir aux parties ulcérées, et par conséquent elles retardent la cicatrisation ; de même encore, lorsqu'on a fait une opération sur les parties génitales, ces érections peuvent venir tirailler les parties réunies et en provoquer la séparation. Aussi les médecins se sont-ils toujours beaucoup préoccupés des moyens qu'on pourrait employer avantageusement contre ce symptôme. Les pilules de camphre et d'opium constituent la seule préparation à laquelle on ait eu recours avec succès ; mais, il faut bien le reconnaître, c'est une préparation qui est loin d'être fidèle, et, dans certains cas, ces pilules échouent complétement. Suivant M. Page, médecin de l'hôpital de Philadelphie, la lupuline, à laquelle on a reconnu depuis longtemps des propriétés narcotiques, serait un anaphrosidiaque très-puissant. Il suffirait de faire prendre aux malades, le soir en se couchant, de 25 à 50 centigrammes de lupuline en poudre ou en pilules, pour suspendre complétement les érections, et cela sans donner lieu ni à de la céphalalgie, ni à de la constipation, ni à aucun symptôme fâcheux. M. Page s'en est aussi servi, dit-il, avec succès dans la spermatorrhée ; non pas que la lupuline guérisse cette affection et puisse remplacer la cautérisation du canal de l'urètre, mais parce qu'elle prévient les érections nocturnes, et s'oppose par là à la condition principale qui favorise la spermatorrhée.

Suture de l'humérus pour obtenir la réunion d'une fracture non consolidée. — Tout le monde sait combien il est difficile d'obtenir la réunion des fragments osseux, lorsque, par une de ces circonstances dont la science n'est pas encore parvenue à discerner la cause, les deux bouts d'un os fracturé ne sont pas de prime abord soudés. La résection des fragments, conseillée en pareil cas, n'a pas toujours donné les résultats qu'on en attendait. Que faire alors ? Chercher à maintenir les fragments réséqués dans des rapports intimes et à les faire adhérer au moyen d'une suture ; c'est ce que M. Velpeau vient de tenter sur un homme atteint d'une fracture de l'humérus non consolidée, et chez lequel on avait déjà recouru en vain à la résection.

M. Velpeau, après avoir constaté un raccourcissement de 2 centimètres environ, et tous les caractères d'une fausse articulation, siégeant

un peu au-dessous du tiers inférieur du bras, a procédé à l'opération de la manière suivante : incision cutanée, semi-lunaire, de 8 à 9 centimètres, à convexité postérieure, sur la face interne ; — la partie moyenne de cette incision correspondant à la fausse articulation ; — incision des parties charnues au devant de l'aponévrose inter-musculaire externe jusqu'à l'os ; — isolement des fragments et des parties molles environnantes ; — excision successive, à l'aide d'une scie à arbre, des deux fragments qu'on fait saillir tour à tour, et que l'étendue de l'incision dispense de protéger avec une lame de carton ou autrement. Cela fait, et immédiatement après l'excision, chaque fragment a été perforé de part en part, puis l'opérateur a passé dans la perforation un fil métallique, d'abord de la partie externe vers la partie interne, puis en sens opposé ; de sorte que l'anse formée par ce fil fût située au fond de la plaie, et les extrémités libres hors de l'incision ; ces extrémités ont été tordues l'une sur l'autre, et les deux surfaces avivées ont été, de cette façon, mises dans un contact intime. Un appareil a été ensuite appliqué autour du bras. L'opération n'a été suivie d'aucun accident immédiat. Une suppuration de bonne nature s'est établie les jours suivants ; il est survenu un petit abcès, qui s'est ouvert spontanément au-dessus du coude, sans réaction notable. Les fils, qu'on avait vainement essayé de retirer, en exerçant des tractions assez énergiques le huitième jour après l'opération, furent retirés sans efforts le vingt-unième jour. Le travail de consolidation n'a pas marché malheureusement avec toute l'activité désirable, et bien qu'il y eût, deux semaines après l'opération, un commencement de consolidation, celle-ci était encore si peu forte, que M. Velpeau n'a pas cru devoir abandonner le membre à lui-même, et qu'il a fait porter à ce malade un appareil amidonné. Celui-ci n'a pas tardé à quitter l'hôpital, emportant son appareil, sans qu'on ait pu, par conséquent, savoir à quoi s'en tenir sur cette nouvelle méthode opératoire destinée à provoquer l'union des fragments.

Malgré ce résultat incomplet, nous avons cru devoir porter ce fait à la connaissance de nos lecteurs, ne fût-ce que pour leur démontrer que les opérations de diverse nature pratiquées sur les os présentent infiniment moins de danger qu'on le suppose généralement.

De l'expectation après les opérations de hernies épiploïques. — Nous avons dit (page 463) que la conduite adoptée par M. Robert, dans les cas d'épiplocèle traumatique soumis à son observation, n'avait point été le résultat d'une idée *à priori*, et qu'elle était, au contraire, basée sur l'expérience clinique que quinze années de pra-

tique dans les hôpitaux lui avaient fournie sur la valeur de l'expectation après les opérations de hernies épiploïques étranglées. Cette pratique lui a été suggérée par les accidents fréquents dont il avait été le témoin dans le service de Dupuytren, qui avait l'habitude de toujours réduire l'épiploon hernié. Non-seulement M. Robert a vu souvent des phlegmons de la fosse iliaque être la conséquence de cette réduction, mais il a été témoin une fois de la sortie, par l'anneau crural, d'un énorme bourbillon, résultat de la gangrène de l'épiploon réduit. M. Robert a conclu de ces faits à l'utilité qu'il pouvait y avoir de laisser au dehors l'épiploon, attendu que c'est cette partie qui supporte à peu près seule les conséquences de l'étranglement; aussi, depuis qu'il est dans les hôpitaux, il n'a jamais opéré une hernie entéro-épiploïque, sans laisser l'épiploon au dehors. Réduire est, selon M. Robert, s'exposer aux chances d'inflammation; et, comme en clinique les faits gardent leur valeur, il répète qu'il a opéré une trentaine de cas de hernies épiploïques en ayant recours tantôt à la réunion immédiate, tantôt à la réunion secondaire. Bien que l'épiploon fût gangréné dans certains cas, il n'est jamais survenu de phénomènes d'étranglement comparables à ceux de l'étranglement intestinal. L'épiploon finit par se détacher spontanément, sans que M. Robert puisse cependant expliquer par quel mécanisme se produit cette élimination. Il a surtout bien observé ce phénomène chez une femme qui avait une épiplocèle volumineuse. Plus tard, il a revu la malade, elle était affectée d'une nouvelle hernie, et il a pu constater après ce fait, comme après bien d'autres, qu'en ce qui concerne les hernies, il n'y a nul inconvénient à ne point réduire l'épiploon. Une fois, cependant, il a vu cet épiploon rester invariablement en place; l'excision en fut faite vers le trentième jour, sans conséquence fâcheuse, et ce cas ne lui a pas fait changer d'opinion. Il est vrai que, pour arriver à une démonstration complète, il aurait dû comparer ses résultats, dans un nombre donné de cas, à ceux que l'on obtient par une pratique opposée dans des cas semblables. Mais il est rare qu'en chirurgie on puisse procéder de cette manière. Enfin, ajoute M. Robert, je me suis borné à faire connaître ce que j'ai observé, et les motifs qui m'ont porté à m'éloigner de la pratique généralement suivie. Dans les cas où, opérant des entéro-épiplocèles, des chirurgiens très-éminents avaient jugé l'épiploon assez peu altéré pour devoir être réduit, celui-ci, placé dans l'abdomen, y a déterminé des accidents inflammatoires graves, la formation d'abcès, etc. D'un autre côté, dans les cas où l'épiploon avait paru trop malade pour être réduit, M. Robert a été frappé de l'innocuité des résultats, soit que l'on eût excisé une partie de l'épi-

ploon en liant isolément les artères divisées, soit que l'on eût abandonné l'épiploon dans la plaie. En présence de ces faits, il était permis de penser que, si l'abandon forcé de l'épiploon dans une plaie, lorsqu'il est gravement altéré, n'a pas de conséquence fâcheuse, l'abandon volontaire ne saurait conduire à de plus mauvais résultats.

L'adoption de cette pratique trancherait une difficulté que l'on rencontre fréquemment dans les opérations de hernies entéro-épiploïques, celle de savoir si l'épiploon peut ou ne peut pas être réduit sans inconvénient. On a objecté à M. Robert, qu'en fixant l'épiploon à l'ouverture herniaire, on s'expose à faire subir plus tard à l'estomac et au canal intestinal des tiraillements ; mais on peut répondre que ces phénomènes consécutifs n'ont été observés que dans des cas très-rares d'étranglement survenant dans les hernies d'un grand volume, et contenant une très-grande quantité d'épiploon. Il y a plus : dans le siècle dernier, à l'époque où l'on avait l'habitude de réduire l'épiploon après l'avoir lié en masse et l'avoir excisé au-dessous de la ligature, n'avait-on pas maintes fois enlevé impunément des portions considérables de cette membrane? Les recueils d'observations pullulent de faits de ce genre.

Dira-t-on que la réduction opérée, dans ces cas, après la ligature, rend à l'épiploon sa position normale, et prévient ainsi les fâcheux effets du retranchement opéré sur lui ? Mais ne sait-on pas que, lorsqu'on a réduit, soit une anse intestinale, soit surtout une masse épiploïque, la partie réduite reste derrière l'anneau ou dans son voisinage, qu'elle y contracte promptement des adhérences? Du reste, M. Robert n'a jamais observé ces tiraillements fâcheux opérés par l'épiploon sur l'estomac. Il pense que l'épiploon, laissé dans l'anneau, rentre peu à peu dans la cavité abdominale, suivant le mécanisme si bien étudié par Scarpa, dans les hernies avec gangrène, et que même il peut ultérieurement y devenir libre.

En résumé, le raisonnement et l'expérience se réunissent aujourd'hui pour démontrer à M. Robert que, dans l'opération des hernies entéro-épiploïques, il est sage de ne jamais réduire l'épiploon. S'il est considérable, il convient d'en exciser la plus grande partie en liant, s'il le faut, toutes les artères qui donnent du sang ; s'il est peu considérable, on le laisse au dehors tout simplement. Dans ce cas, tantôt il rentre peu à peu dans la cavité abdominale, comme l'ont observé Chopart, Desault et Dupont, cité dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie (t. 111) ; tantôt il devient en peu de jours le siége d'une fonte purulente et gangréneuse, qui élimine les portions laissées au dehors.

M. Michon, considérant la question soulevée par M. Robert comme

des plus importantes, regrette qu'il en ait fait l'objet d'une simple communication verbale ; qu'il n'ait fait aucune distinction pour les diverses espèces de hernies, etc.; qu'on trouve dans les auteurs, Laurence entre autres, des cas dans lesquels l'épiploon étant laissé au dehors, a donné lieu à des péritonites purulentes. Il en a vu, pour sa part, un exemple ; et si cet épiploon détermine des accidents d'étranglement, il le maintiendra donc quand même à l'ouverture? Il faut encore s'entendre sur la quantité d'épiploon sorti ; car les auteurs citent des cas de gens affectés de ces sortes de hernies non réduites, qui, plus tard, furent obligés de marcher ployés en double, pour ainsi dire, à cause de la masse d'épiploon enlevée, et des tiraillements produits par le raccourcissement de la membrane sur l'estomac et le canal intestinal ; qu'une pratique de quinze années ne suffisait pas pour élever une assertion aussi absolue ; que pour lui, il n'a pas de parti pris à cet égard ; qu'il a, pour sa part, réduit une vingtaine de hernies épiploïques, et que ce qu'il a vu l'autorise à persister dans les données classiques. Il déclare, en terminant, qu'il est tout prêt à se rendre à la pratique de M. Robert, parce qu'elle est plus simple, qu'elle ne laisse aucune hésitation ; mais qu'il faut qu'elle lui soit démontrée meilleure ; en un mot, il veut la certitude d'avoir plus de chances de guérir ses malades.

M. Maisonneuve n'a pas encore acquis une aussi grande expérience que ses collègues, mais il peut exposer les résultats de sa pratique. Il a fait comme font tous les chirurgiens quand il s'agit d'entéro-épiplocèle : il a réduit d'abord l'intestin, puis l'épiploon ; il a eu des résultats fâcheux, funestes, qui ne l'ont pas encouragé à continuer de la sorte. Aujourd'hui, il laisse donc dans la plaie l'épiploon sain ou malade, si surtout c'est une portion un peu considérable; et toutes les fois que la réduction par le taxis en est difficile ou douloureuse, il y renonce. Cette pratique ne lui a pas encore fourni de résultats assez concluants, il les croit meilleurs que ceux de la réduction. Il fait enfin observer que l'on doit se défier de ses propres observations, à cause des chances de séries. Cependant il considère l'opération de la hernie épiploïque comme désastreuse. Ainsi, à l'Hôtel-Dieu, du temps de Dupuytren, d'après une statistique faite par M. Tessier, on comptait dix-huit morts sur vingt opérés.

La question soulevée par M. Robert est tellement importante à nos yeux, que nous n'avons pas hésité à reproduire les principales objections qui lui ont été adressées. Nous sommes portés cependant à nous ranger à l'opinion de ce chirurgien. En voici les motifs : ainsi qu'on l'a vu, M. Maisonneuve obtient de meilleurs résultats depuis qu'il

a abandonné la réduction de l'épiploon hernié, et nous ajouterons, à l'appui de la proposition formulée par M. Robert qu'un autre chirurgien des hôpitaux professe aujourd'hui la même doctrine. Cette pratique de M. Jobert a d'autant plus de valeur à nos yeux, que dans son savant ouvrage sur les plaies du canal intestinal, cet habile chirurgien s'était rangé à l'opinion des auteurs classiques, de toujours réduire l'épiploon hernié. Depuis, l'expérimentation clinique lui a fait abandonner cette conduite, et depuis nombre d'années il laisse au dehors, dans le plus grand nombre des cas, la masse épiploïque étranglée. Aussi nous croyons pouvoir répéter, pour la hernie épiploïque, ce que nous avons dit pour l'épiplocèle traumatique, que toutes les fois (et ces cas forment l'exception) que la masse épiploïque n'est pas très-volumineuse, qu'elle n'a pas subi un degré de constriction considérable, que sa réduction est possible sans avoir recours au taxis, l'épiploon devra être replacé dans la cavité péritonéale. Ne réduit-on pas une anse intestinale enflammée? à plus forte raison une portion d'épiploon qui résiste plus longtemps aux causes traumatiques! Placé dans sa cavité naturelle, sa résolution sera plus certaine et plus prompte qu'abandonné au dehors de la plaie. Seulement, profitant des enseignements fournis par la pratique de MM. Jobert (de Lamballe) et Robert, nous n'hésitons pas à proclamer que l'expectation, c'est-à-dire l'abandon au dehors de la masse épiploïque, n'a pas les inconvénients qu'on lui attribue généralement. Cette pratique a même de très-grands avantages dans la plupart des cas qui se présentent dans les hôpitaux. L'on sait, en effet, que les malades n'arrivent dans les divers services qu'après avoir subi, en ville, des tentatives de taxis toujours nombreuses, sinon violentes.

VARIÉTÉS.

On se rappelle qu'un concours a été ouvert devant la Faculté de médecine et l'Ecole de pharmacie pour quatre places d'élèves en médecine et en pharmacie chargés d'aller étudier les eaux minérales. Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Bineau, pour Vichy; H. Musset, pour Plombières; Lebret, pour Néris; Hattier, pour Bourbon-Larchambault. Un seul pharmacien s'est présenté, c'est M. Baudrimont, qui a été désigné pour Vichy.

Les dernières nouvelles de Rio-Janeiro ne sont pas encore rassurantes. Il mourait encore, à la fin de mars, 200 personnes par jour dans cette ville; et la preuve que la maladie continue à s'étendre sur la côte de l'Amérique du Sud, c'est que le gouvernement français vient d'ordonner l'embarquement immédiat de trois chirurgiens de troisième classe pour la Plata.

Le choléra continue à sévir dans des endroits très-éloignés les uns des autres. Ainsi, tandis qu'on annonce qu'il sévit à Bombay, dans l'Inde anglaise, on sait que dans la régence de Tunis il continue ses ravages. Dans la Silésie prussienne enfin, à Potsdam même, il a reparu, et dans le royaume Lombardo-Vénitien, à Venise, il s'est montré avec une assez grande intensité.

TABLE DES MATIÈRES

DU TRENTE-HUITIÈME VOLUME.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

Z.

FIN DE LA TABLE ET DU TOME TRENTE-HUITIÈME.

Imprimerie de HENNUYER et Cᵉ, rue Lemercier, 24. Batignolles.